



Primary Health Care Journal (Northern Edition)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)



ปีที่ 34 ฉบับที่ 2

ประจำเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

ISSN : 3056-9621 (print)

ISSN : 3056-963X (online)

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567

ที่ปรึกษา

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.สามารถ ติระศักดิ์	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.กรรณช ศรีสมมุติ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการบริหาร

นายอุทิศ จิตเงิน	ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางเพ็ญศรี โตเทศ	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นายมฤคธราช ไชยภาพ	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวรัชต์สุดา ช่ออรัญ	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

กองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.วรรณา ประยุกต์วงศ์	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผศ.ดร.กิตติคุณ หมู่พยับ	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผศ.ดร.วุฒิชัย จริยา	มหาวิทยาลัยเนเธอร์แลนด์
ผศ.ดร.กฤตปักษิ์ ตันตอมรกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธัชพล เมธาธิกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธิตินา ทวานิชเวช	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ดร.สุภากรรณ์ ตันตินันตกรกุล	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนินทร์
ว่าที่ร้อยตรี ดร.ยุทธนา ไยบคาย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ดร.สุสิทธิ์ ปิยสุกรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ ประชารักษ์ นครสวรรค์
นายสมเกียรติ ศรีประสิทธิ์	มหาวิทยาลัยเนเธอร์แลนด์
นางสาววัชรีย์ ศรีทอง	นักวิชาการอิสระ
ดร.ภูซงค์ อินทร์ชัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	ข้าราชการบำนาญ
ดร.สมนึก หงษ์ขี้ม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ดร.วิสุทธิ บุญญะโสภิต	นักวิชาการอิสระ
ดร.ธัญชนก ชุมทอง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสาวนงลักษณ์ วิชัยรัมย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
นางสาววันวิสา คำสัตย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
นางสาวชนมณีภา ใจดี	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนินทร์

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางเพ็ญศรี โตเทศ	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นายมฤคธราช ไชยภาพ	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวรัชต์สุดา ช่ออรัญ	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวนารี ยอดทอง	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสิริลักษณ์ ช่างเนียม	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางบุญชิด ธรรมสอน	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
นางสาวปภาดา เขาซ่า	ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม / สนใจติดต่อได้ที่

เบอร์โทรศัพท์ : 056 222 375
: 095-709 5942 (มฤคธราช)
: 095-246 4124 (รัชต์สุดา)

LINE ID : bo_em
: namfarok

<https://thaidj.org/index.php/NRTC>

ช่องทางการติดต่อและเผยแพร่



บทบรรณาธิการ

วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2567

อุทิศ จิตเงิน

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์



เปิดฉบับวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) ราย 4 เดือน ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2567 บทความและงานวิชาการในฉบับนี้ยังอัดแน่นด้วยองค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริง จากประสบการณ์ตรง ยกระดับมาสู่องค์ความรู้ทางวิชาการ และงานวิจัย ทั้งในลักษณะของ Routine to Research หรือการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย และงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่สามารถนำมาปรับ ประยุกต์ใช้ได้สอดคล้องตามยุคสมัย และบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ 1) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงาน ในจังหวัดนครสวรรค์ 2) รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติด อำเภอองาว จังหวัดลำปาง 3) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภอองาว จังหวัดลำปาง 4) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ 5) ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภอองาว จังหวัดลำปาง และ 6) การพยาบาลมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา เนื้อหาวิชาการมีความหลากหลายเหมาะสมแก่นักการแพทย์ สาธารณสุข และประชาชนทั่วไป

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นเวทีทางวิชาการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระตุ้นความคิด และแรงบันดาลใจของนักวิจัย นักวิชาการ ต่อยอดความรู้ซึ่งกันและกัน ขอขอบคุณที่ท่านผู้อ่านให้ความสนใจติดตามวารสารสาธารณสุขมูลฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสารฉบับนี้ และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

เนื้อเรื่อง

หน้า

บทความข่าว

อสม. ดีเด่น ภาคเหนือ ที่ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม. ดีเด่น ระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2567

1

กระบวนการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลนาบัว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

2

บทความวิชาการ/งานวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงานในจังหวัดนครสวรรค์ : จุฑามาศ ปุญญปุระ

4

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภองาว จังหวัดลำปาง : ยุรนิษฐ์ เทพา

12

รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติดอำเภองาว จังหวัดลำปาง : ศรัณยู สืบจิตต์

27

ประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ : ชนินพร มงคลรังสฤษฎ์

34

ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแห่งใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง : มะยุเรียม รุ่งเจริญอารีจิตต์

46

การพยาบาลมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ : กรณีสึกษา : ดวงสุรีย์ ปานศิลา

54

อสม. ดีเด่น ภาคเหนือ ที่ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม. ดีเด่น ระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2567

สืบเนื่องจากศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ดำเนินการจัดนำเสนอผลงานของ อสม. ในระดับเขตสุขภาพที่ 1, 2, 3 และภาคเหนือ จำนวน 12 สาขา ซึ่งในการพิจารณาผลงาน อสม. เพื่อเป็น อสม. ดีเด่นในแต่ละระดับ ได้พิจารณาจาก การครองตน ครองคน และครองงาน ทำให้เห็นถึงความเป็นจิตอาสา มุ่งมั่น ทุ่มเท เสียสละ การเป็นผู้นำในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนในสาขานั้น ๆ มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ สามารถเป็นแบบอย่างในการดำเนินงานของพื้นที่ได้ ซึ่งผลการคัดเลือก มี อสม. ดีเด่น ระดับภาคเหนือ จำนวน 12 ท่าน เป็นตัวแทนของภาคเหนือ เข้าร่วมนำเสนอผลงานเพื่อรับการคัดเลือกให้เป็น อสม. ดีเด่น ระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2567 และได้รับการคัดเลือกให้เป็น อสม. ดีเด่น ระดับชาติ จำนวน 3 ท่าน 3 สาขา ได้แก่

1. อสม.วรรณิสา ใจเถิน จังหวัดตาก สาขา การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
2. อสม.สมศักดิ์ พรหมมินทร์ จังหวัดเชียงราย สาขา การให้บริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ
3. อสม.ศิริมาต เรือนอุ้น จังหวัดน่าน สาขา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ขอแสดงความยินดี กับ อสม.ดีเด่นภาคเหนือ ที่ได้รับคัดเลือกเป็น

อสม.ดีเด่น ระดับชาติ ประจำปี พ.ศ.2567

สาขา การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ



วรรณิสา ใจเถิน

จ.ตาก

สาขา การให้บริการใน ศสมช. และการสร้างหลักประกันสุขภาพ



สมศักดิ์ พรหมมินทร์

จ.เชียงราย

สาขา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ



ศิริมาต เรือนอุ้น

จ.น่าน



ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลนาบัว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

รักษ์สุดา ช่อรักษ์

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

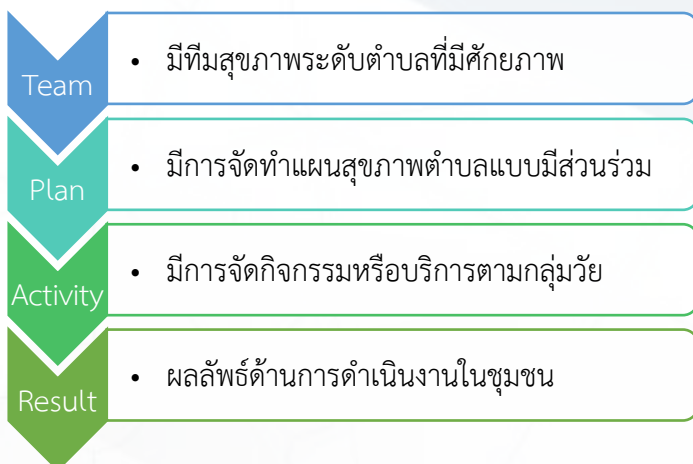
ตำบลนาบัว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ชุมชนหมู่บ้านที่มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย เน้นความพอเพียง ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เน้นการดูแลแบบเครือญาติ มีวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นของตนเอง ด้วยพลังของศาสนาและความเชื่อของชุมชนเป็นระบบการจัดการในชุมชนและให้ความสำคัญของบรรพบุรุษ ปรชาญ ผู้เฒ่าผู้แก่ ครอบครัว อีกทั้งยังเป็นแหล่งต้นน้ำของแม่น้ำแควน้อย ป่าของนาบัวเป็นแหล่งสำคัญในการผลิตน้ำ คมนานาบัวจึงตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลอนุรักษ์ป่า ร่วมกับการใช้ป่าอย่างมีคุณภาพ เพราะป่าไม่ได้ให้แค่น้ำอย่างเดียว ป่ายังเป็นแหล่งอาหาร ทรัพยากรสำคัญที่สามารถลดค่าใช้จ่าย เป็นอาหารปลอดภัย

คมนานาบัวให้ความสำคัญกับป่ามาก ผ่านกระบวนการจัดการโดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ใช้วัฒนธรรมการลงแรง ออกแรงช่วยกัน ในการขับเคลื่อน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคล้อ เป็นแหล่งวิชาการในการจัดการปัญหาในชุมชน

มีกำนันขับเคลื่อนกลไกในการปกครองปัญหาเร่งด่วน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลผู้สนับสนุนงบประมาณ และภาคประชาชน อสม.ในการขับเคลื่อนและระดมทุนการจัดการปัญหาของชุมชนตำบลนาบัว ทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการด้วยการสร้างกฎกติกาของในชุมชนกันเอง ผ่านกลไกการพัฒนาาระบบสุขภาพในระดับชุมชน ประกอบไปด้วย

1. บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว
2. ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน
3. นายกอบต. และทีมอบต.นาบัว
4. ชมรมและภาคีเครือข่ายในชุมชน
5. ภาครัฐหนุนเสริมเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนครไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
6. ภาคีเครือข่ายจากภายนอก เช่น สสส. และมหาวิทยาลัยต่างๆ

กระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยกระบวนการพัฒนาตำบลคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ



แผนพัฒนาตำบลคุณภาพชีวิตที่มีการจัดเก็บและจัดทำข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ของหมู่บ้านอย่างเป็นระบบ

1. มีการรวบรวมข้อมูลหมู่บ้านเป็นปัจจุบัน และเผยแพร่ให้แก่ประชาชน
2. มีการนำข้อมูลจากหน่วยงาน เช่น ผู้ด้อยโอกาส/ผู้พิการ/ผู้สูงอายุ มาจัดทำแผนการดูแล
3. การแยกประเภทในแผนชุมชนของหมู่บ้าน เรื่องอะไรทำตัวเอง เรื่องที่ต้องทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กร และงานที่ต้องขอสนับสนุนจากหน่วยงาน หรือที่อื่นไว้ในแผน
4. การจัดทำแผนเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างคณะกรรมการหมู่บ้าน ราษฎรในหมู่บ้านแล้วลงมติร่วมกันที่จะกำหนดไว้ในแผนชุมชน
5. การนำแผนชุมชนไปบูรณาการกับ อบต.นาบัว และหน่วยงานในตำบลเป็นแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลนาบัว ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของตำบลนาบัว เป็นกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น ปกครอง และ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาบูรณาการร่วมกันวิเคราะห์ สภาพปัญหา แรงกดดัน ทางด้านสุขภาพ โดยวิธีการสร้างความเข้าใจร่วมกัน ผ่าน “เวทีวิชาการชาวบ้านตำบลนาบัว” ที่มีการพูดคุยกันอย่างดุเดือด แลกเปลี่ยนความคิดเห็น นำเสนอปัญหาและความต้องการของตนเอง นำเสนอผลงานของแต่ละหมู่บ้าน สะท้อนปัญหาและความต้องการของหมู่บ้าน รวมถึงการมองหาและสร้างผู้นำรุ่นใหม่ เพื่อให้ส่วนรวมได้ผลประโยชน์มากที่สุด หาประเด็นร่วมในการแก้ปัญหา และพัฒนาร่วมกันของคนทั้งตำบลนาบัว หน่วยงาน อบต. โรงเรียน รพสต. พัฒนาชุมชน เกษตร กศน. เป็นต้น เช่น ประเด็นประธานเครือข่าย ทสม. ตำบลนาบัวนำเสนอ ปัญหาไฟป่า การเผาถ่าน เผาขยะ ส่งผลกระทบกับสุขภาพ และแหล่งอาหารในชุมชน ทุกภาคีเครือข่าย

เห็นด้วยกับปัญหา จึงมีการนัดที่มวางแผนและกำหนดกฎกติกา ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา โดยการจัดการขยะในชุมชน การ ออกกฎชุมชนในระดับหมู่บ้านและตำบล ห้ามเผาขยะและเผา ถ่านในเขตบริเวณใกล้หมู่บ้าน ห้ามจุดไฟเพื่อล่าสัตว์ เมื่อมีไฟ ป่าเกิดขึ้นต้องช่วยกันไปดับหลังคาเรือนละ 1 คน หากบ้าน ไหนไม่ไป ต้องเสียค่าปรับ การอนุรักษ์ป้องกันไฟป่าโดยการ บวขป่า และการทำแนวกันไฟ เป็นนโยบายสู่ “ตำบลจัดการ คุณภาพชีวิต” ระบบสุขภาพยั่งยืน ประชาชนทุกกลุ่มวัยมี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และนำไปสู่การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้อง ทันท่อสถานการณ์

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน

1. อัตราการป่วยและตายลดลง
 2. คนในชุมชนเข้าถึงระบบบริการในการตรวจวัด สัมภาษณ์ชีพ การขอคำปรึกษาเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย
 3. ผลผลิตจากป่าสร้างรายได้และลดรายจ่ายเรื่อง ของอาหารให้กับคนในตำบลนาบัว
 4. เกิดบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ บุคคลต้นแบบด้าน สิ่งแวดล้อม บุคคลต้นแบบด้านทันตกรรมในเด็ก บุคคล ต้นแบบด้านการบริหารจัดการ และครอบครัวต้นแบบ
- บทสรุปการทำงานตำบลคุณภาพชีวิตของคนตำบล นาบัว คือ การอภิบาลระบบสุขภาพชุมชน การพัฒนาความ รอบรู้ พัฒนาศักยภาพ ผ่านการเรียนรู้แบบฝึกปฏิบัติจริง จัดเก็บข้อมูลนำมาวิเคราะห์ วางแผน สร้างการมีส่วนร่วมและ การเป็นเจ้าของปัญหา เกิดผลลัพธ์ที่ทำให้คนในตำบลนาบัว มีความสุขกาย สุขใจ สุขสามัคคี และนำมาซึ่งรายได้ และ ลดรายจ่าย มีความสุขเงิน สู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ต่อเนื่องยั่งยืน



การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของพนักงานโรงงานในจังหวัดนครสวรรค์

The Development of Health Literacy Promoting Model for Factory Staff in Nakhon Sawan Province

Chutamast Poonyapoor

Sawanpracharak Hospital

จุฑามาศ ปุณฺณปุระ

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Received : 11 March 2024, Received in revised form : 25 March 2024, Accepted : 1 April 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงาน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองศึกษากลุ่มเดียวเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นพนักงานในโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์จำนวนทั้งหมด 137 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1.) รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประยุกต์จากแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับแนวคิดของ Nutbeam เป็นกิจกรรมพัฒนาทักษะ 6 ด้าน 2.) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไป ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Pair t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พนักงานโรงงานมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานโรงงานให้ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; พนักงานโรงงาน

Abstract

The objective of this research was to develop and evaluate a model for promoting health literacy among factory staff. The study design was a quasi-experimental study one group pretest-posttest. The samples were 137 staffs form a factory in Nakhon Sawan Province. The research instruments were (1) The health literacy development program that was developed based on Health Education Division's health literacy and health behavior development concept, Department of Health Service Support, the Ministry of Public Health combined with Nutbeam models by developing 6 skills. (2) An evaluation form of the working age group's health literacy and health behavior based on Health Education Division, Department of Health Service Support, the Ministry of Public Health. The data was analyzed by descriptive statistics and pair t-test. The results revealed that after enrolling the health literacy promoting model, the average score of health literacy and health behavior in the experimental group were significant higher than before enrolling the health literacy promoting model (p-value 0.05). In conclusion, the health literacy promoting model can be improved health literacy and health behavior in factory staffs.

Keywords: Health literacy promoting model; Health literacy; Health behavior; Factory staff.

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ (WHO, 1998) ความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถที่ถูกกำหนดขึ้นและเป้าหมายของการพัฒนาทุนมนุษย์ในแต่ละสังคม หากบุคคลได้มีโอกาสใช้ความสามารถของตนอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้ที่จะฝึกฝนก็จะมีพัฒนาความสามารถเหล่านี้เกิดเป็นความชำนาญ เรียกว่าทักษะ (Skill) (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2564) ซึ่งความสามารถดังกล่าวจะต้องได้รับการฝึกฝนและพัฒนาในทุกช่วงวัยตามความพร้อมและความจำเป็น โดยอาศัยความรู้หลักการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมแนวทางพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (Nutbeam D, 2000) ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนมากขึ้น ความรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและการเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565)

ปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เป็นปัญหาที่สำคัญด้านสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2565 พบว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อกว่า 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในส่วนของประเทศไทยโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่ง พบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ ซึ่งมีปัจจัยหลักมาจากการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม อาหารรสจัด หวาน มัน และเค็ม การมีภาวะเครียดและมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566) โดยพบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มวัยทำงาน จากข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานมีจำนวนถึง 60,418 ราย เพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากปี 2561 ที่มี

จำนวนผู้ป่วย 52,006 ราย ทั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากวัยทำงานส่วนใหญ่มีชีวิตในความเร่งรีบและมีความเหนื่อยล้าจากการทำงานจนทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพ เช่น มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง กินอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม รับประทานผัก ผลไม้ น้อย ขาดการออกกำลังกาย พักผ่อนไม่เพียงพอและมีความเครียดสะสม ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) กองสุศึกษา ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ในกลุ่มวัยทำงาน โดยมุ่งควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญตามหลัก 3อ.2ส. ทั้งในด้านการออกกำลังกาย การกินอาหาร การกินผัก ผลไม้ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม การจัดการด้านอารมณ์ รวมถึงไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ซึ่งการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพน้อยและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนจึงเป็นกลวิธีที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ลดความเสี่ยงต่อโรค (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) จากการศึกษาของเอื้อจิต สุขพลและคณะ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของประจักษ์ จันทะราช (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของจังหวัดนครสวรรค์ จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ปี พ.ศ.2563 - 2565 พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน (รายกลุ่มอายุ 15-59 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.39 ในปี พ.ศ.2563 เป็นร้อยละ 5.54 ในปี พ.ศ.2565 และอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 12.44 ในปี พ.ศ.2563 เป็นร้อยละ 12.36 ในปี พ.ศ.2565 ซึ่งสอดคล้องกับ ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพของกลุ่มผู้ประกันตนซึ่งส่วนใหญ่ ทำงานอยู่ในสถานประกอบการและโรงงานที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ของคลินิกอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ ประชาธิปไตย ปี พ.ศ.2563 - 2565 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.24 ในปี พ.ศ.2563 เป็นร้อยละ 1.32 ในปี พ.ศ.2565 และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 2.87 ในปี พ.ศ.2563 เป็นร้อยละ 3.26 ในปี พ.ศ.2565 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับบริบทของสถานประกอบการและโรงงาน เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงานให้สามารถปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครอบครัวและชุมชนเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานโรงงานก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงาน ในจังหวัดนครสวรรค์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษากลุ่มเดียว เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (One groups pretest-posttest design) ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ประชากรทุกคนที่ทำงานเป็นพนักงานของโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งมีพนักงานจำนวน 137 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วม

โรงงาน 2) พนักงานโรงงานที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) พนักงานโรงงานที่มีปัญหาสุขภาพไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม 2) พนักงานโรงงานที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประยุกต์จากแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุศึกษา ร่วมกับแนวคิดของ Nutbeam(2008) มาใช้จัดทำรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) กิจกรรมพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) กิจกรรมพัฒนาด้านความรู้ความเข้าใจโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. 3) กิจกรรมพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อ 4) กิจกรรมพัฒนาทักษะการสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ด้านสุขภาพ 5) กิจกรรมพัฒนาทักษะการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 6) กิจกรรมพัฒนาด้านการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยแบ่งกลุ่มพนักงานสลับกันเข้าร่วมกิจกรรมวันละ 45-50 คน เป็นระยะเวลา 3 วัน (ครบตามจำนวนพนักงาน 137 คน) ด้วยวิธีการบรรยายและสาธิตทั้ง 6 กิจกรรมใช้เวลา 4 ชั่วโมงต่อวัน กำหนดวันและช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมโดยไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของพนักงานและกระบวนการผลิตของโรงงาน

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน อายุ 15 ปีขึ้นไป ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฉบับปรับปรุงปีพ.ศ.2566 ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยทำงานในโรงงาน แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวน 35 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติโรคประจำตัว และข้อมูลลักษณะการทำงานในสถานประกอบการ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 4 ข้อ ทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 4 ข้อ ทักษะด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ 4 ข้อ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ 4 ข้อ โดยทั้ง 4 ทักษะ มีข้อคำถามทักษะละ 4 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ วัดความยากง่ายของการกระทำตั้งแต่ระดับไม่เคยทำจนถึงระดับทำได้ง่ายมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร 6 ข้อ การออกกำลังกาย 2 ข้อ การจัดการความเครียด 2 ข้อ การสูบบุหรี่ 2 ข้อ และการดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติจนถึงระดับปฏิบัติทุกวัน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานคณะผู้บริหารและหัวหน้าฝ่ายบุคคลของสถานประกอบการ ซึ่งแจ้งรายละเอียดโครงการวิจัยวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการดำเนินงาน นัดหมายกำหนดวันจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพพนักงาน เก็บแบบสอบถามก่อนการจัดกิจกรรมและเก็บแบบสอบถามอีกครั้ง 12 สัปดาห์ หลังจากการจัดกิจกรรม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีอัตราการตอบแบบสอบถามก่อนและหลังดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ด้วยการใช้สถิติของ

โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติโรคประจำตัว และข้อมูลการทำงานในสถานประกอบการ โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติ Pair t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ COA. 6/2566 เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งสิทธิ์การเข้าร่วมวิจัยและการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยภาพรวมและข้อมูลที่ใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของพนักงานโรงงานจำนวน 137 คน พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 73.72 และเพศชายร้อยละ 26.28 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 26.28 รองลงมาคืออายุ 40-49 ปีร้อยละ 24.09 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.20 รองลงมาคือโสดร้อยละ 24.09 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 35.03 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 25.55 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 63.50 รองลงมาคือมีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มันัดติดตาม รักษากับแพทย์ร้อยละ 10.22 ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกบรรจุอาหาร ร้อยละ 31.38 รองลงมาปฏิบัติงานในฝ่ายผลิต ร้อยละ 25.55 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพนักงานจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (N=137)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	36	26.28
หญิง	101	73.72
อายุปัจจุบัน (ปี)		
อายุ 20-29 ปี	21	15.33
อายุ 30-39 ปี	32	23.36
อายุ 40-49 ปี	33	24.09
อายุ 50-59 ปี	36	26.28
อายุ 60 ปีขึ้นไป	15	10.94

วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพนักงานจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (N=137)	
	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	33	24.09
สมรส	77	56.20
แยกกันอยู่/หม้าย/หย่า	27	19.71
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	6.57
ประถมศึกษา	48	35.03
มัธยมศึกษาตอนต้น	35	25.55
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	29	21.17
อนุปริญญา/ปวส.	10	7.30
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	4.38
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	87	63.50
เบาหวาน	5	3.65
ความดันโลหิตสูง	12	8.76
ไขมันในเลือดสูง	14	10.22
หัวใจและหลอดเลือด	1	0.73
ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง	6	5.84
ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง	2	1.46
เบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง	2	1.46
โรคอื่นๆ	8	4.38
แผนก ฝ่าย/ลักษณะงาน		
ผู้บริหาร	1	0.73
หัวหน้างาน	6	4.38
ฝ่ายบุคคล (HR)	3	2.19
พนักงานบัญชี	2	1.46
ฝ่ายผลิต	35	25.55
พนักงานผู้ควบคุมเครื่องจักร	8	5.84
ฝ่ายตรวจสอบคุณภาพ (QC)	6	4.38
แผนกบรรจุ	43	31.38
ปฏิบัติงานอื่นๆทั่วไป	33	24.09

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงาน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า พนักงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมสูงขึ้นจากก่อนดำเนินการ จากคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 59.74 เป็นร้อยละ 62.19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาทางด้านก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ พบว่า พนักงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นทั้ง 4 ด้าน

โดยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากก่อนดำเนินการพัฒนา รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อน		หลัง		t	p-value
	เข้าร่วมกิจกรรม		เข้าร่วมกิจกรรม			
	Mean	SD	Mean	SD		
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.77	3.85	15.46	2.50	-2.827	0.01*
ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	15.45	3.42	15.91	2.49	-2.222	0.03*
ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	14.19	4.11	15.04	2.82	-2.999	0.00*
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.33	3.18	15.77	2.12	-2.278	0.02*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	59.74	12.67	62.19	8.70	-2.935	0.00*

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานโรงงาน ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ พบว่า พนักงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมสูงขึ้นจากก่อนดำเนินการ จากคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 46.34 เป็นร้อยละ 50.34 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า พนักงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทั้ง 5 ด้าน โดยค่าคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากก่อนดำเนินการพัฒนา รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน		หลัง		t	p-value
	เข้าร่วมกิจกรรม		เข้าร่วมกิจกรรม			
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการบริโภคอาหาร	20.09	3.87	21.85	3.66	-4.186	0.00*
ด้านการออกกำลังกาย	5.78	1.93	6.64	1.75	-3.854	0.00*
ด้านการจัดการความเครียด	7.88	2.05	8.36	1.55	-2.033	0.04*
ด้านการสูบบุหรี่	8.22	2.45	8.85	1.53	-2.678	0.01*
ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.36	1.12	4.65	0.59	-2.695	0.01*
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	46.34	6.07	50.34	5.00	-6.598	0.00*

อภิปรายผลและสรุปผล

ผลของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงานในจังหวัดนครสวรรค์ โดยการประยุกต์รูปแบบจากแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมุ่งควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญตามหลัก 3อ.2ส. ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับแนวคิด Conceptual model of health literacy as a risk ของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) การจัดการตนเอง (Self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) เป็นกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ซึ่งหลังจากดำเนินการพัฒนารูปแบบเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์แล้ว พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการดำเนินการพัฒนารูปแบบ ทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอธิบายได้ว่า รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้พนักงานโรงงานได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรม 3อ.2ส. มีความเข้าใจสภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพเปรียบเทียบข้อเท็จจริงของข่าวสารทางสุขภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ด้านสุขภาพที่ดี ประเมินปัญหาสุขภาพของตนเองและสามารถตัดสินใจเลือกใช้ทักษะต่างๆมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองได้ โดยผ่านการสอนด้วยวิธีการบรรยายและสาธิตร่วมกับการใช้สื่อ เอกสารแผ่นพับ ภาพพลิก Infographic โมเดลอาหาร คลิปวิดีโอ สื่อออนไลน์ รวมทั้ง แอปพลิเคชันในการเข้าถึงความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพให้แก่พนักงาน สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับพนักงานขับรถบรรทุกที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และปัญหาสุขภาพร่วมกับการกระตุ้นเตือน

ทางแอปพลิเคชันไลน์ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กรณีกาบัวทะเลและทิวากรณ์ ราชูธร, 2566) จากผลการศึกษากการพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบต่างๆ ดังกล่าวจะเห็นว่าการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยกลวิธีและโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและชุมชน ซึ่งกลวิธีและโปรแกรมจะเป็นในลักษณะของการสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ อันจะส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองและตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรเพิ่มกิจกรรมการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพแทรกกระหว่างดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและคืนข้อมูลให้กับพนักงานของโรงงาน เป็นการกระตุ้นความตระหนักในการดูแลสุขภาพเป็นระยะๆก่อนจบกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนด
2. เนื่องจากพนักงานของโรงงานมีประวัติโรคประจำตัว ดังนั้นก่อนเริ่มจัดกิจกรรมจึงควรมีการประเมินภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตและค่าระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนจากการจัดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพนักงานโรงงาน 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ควรมีการศึกษาและติดตามผลของรูปแบบในระยะยาวอย่างต่อเนื่องเพื่อศึกษาการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อทดสอบความยั่งยืนของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงาน

เอกสารอ้างอิง

- กรณีการ์ บัวทะเล และทิวากรณ์ ราชูธร. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพพนักงานขับรถบรรทุกที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*. 30(2): 121-130.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). *รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ*. กรม.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. กรม.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *คู่มือการดำเนินงานสุศึกษาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*.
<http://www.hed.go.th/linkHed/456>
- กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *สุขภาพและความเจ็บป่วย. ภาวะสังคมไทยไตรมาสสอง ปี 2566*. 21(3): 2-9.
https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=socialoutlook_report
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน*. กรุงเทพฯ: บริษัท ไอที ออลพรีนซ์ จำกัด.
- ประจักษ์ จันทะราช. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานจังหวัดของแก่น. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 45(1): 81-90.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. (2566). *ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระบบจังหวัด*.
<https://nsn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรวิงค์ หวังมัน. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาคความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 29(3): 419-429.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21th century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 67(12): 2072-2078.
- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. *Division of Health Promotion, Education and Communications*, Health Promotion Unit, World Health Organization. Geneva, 1-10.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภองาว จังหวัดลำปาง

The Effects of Programs Promoting Health Literacy and Prevention Behavior
of New Smoker in the Lower Secondary School Students
in a School in Ngao District, Lampang Province

Yuranun Tapa

Ngao District Public Health Office

ยุรนันท์ เทพา

สำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว

Received : 19 April 2024, Received in revised form : 14 May 2024, Accepted : 20 May 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภองาว จังหวัดลำปาง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 60 คน โดยที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการเรียนการสอนตามปกติจากทางโรงเรียน เช่นเดียวกัน แต่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยมีการผสมผสานกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มเติมทุกวันศุกร์ ช่วงเวลา 13.00-15.30 น. ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงาน 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม สูงขึ้นกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวม สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < .05$)

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้นักเรียนสามารถนำทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการรู้คิด ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่นได้

คำสำคัญ : โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่, นักสูบบุหรี่หน้าใหม่

Abstract

This study used a quasi-experimental research approach, utilizing a pretest-posttest methodology. A research project was conducted to assess the effect of a health literacy and prevention program on new smokers in a lower secondary school in Ngao District, Lampang Province. The study involved two groups, an experimental group and a control group, each consisting of 60 individuals. Both the experimental and control groups received standard instruction from the school. However, the experimental group was provided with a program aimed at improving health literacy and promoting preventive behavior, specifically for new smokers among middle school kids. The program integrates the notion of health literacy. There is an addition of time every Friday from 1:00 p.m. to 3:30 p.m. Comprising of four activities

, requiring a duration of four weeks to finish. We conducted a comprehensive analysis of the data using statistical methods including frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

The findings indicated that the mean scores of the overall health literacy of the experimental group was significantly statistically higher after the implementation of the intervention ($p < .05$). Meanwhile, their overall prevention behavior in smoking after participation in the program was greater than that before attending it ($p < .05$).

The recommendation of this study highlights the importance of equipping young learners with essential daily skills, including access of information skills, cognitive skills, communication skills, self-management skills, decision-making skills, and media literacy skills. All skilled should be applied for their effective health care, and knowledge sharing with others.

Keyword : Program to enhance health literacy, Smoking prevention behavior, New Smoker

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงพิษภัยจากการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุของการก่อโรคต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น จึงได้กำหนดให้ วันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปี เป็นวันงดสูบบุหรี่โลก ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้ทุก ๆ ประเทศตระหนักถึงอันตราย และความสูญเสียทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เนื่องจากในแต่ละปี บุหรี่เป็นสาเหตุการตายของประชากรในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ประมาณ 8 ล้านคน นอกจากนี้ผู้ที่สูบบุหรี่ทั่วโลกมากกว่า 22 เปอร์เซ็นต์ มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เด็กกว่าหนึ่งในสามของโลกที่มีอายุระหว่าง 13 ถึง 15 ปี (34% หรือ 14.8 ล้านคน) ใช้ยาสูบรูปแบบต่างๆ อยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในปี 2561 ความชุกของการใช้ยาสูบในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ที่ประมาณเกือบ 29% (ผู้ชาย 47.3% และผู้หญิง 10.8%) และจะมีอัตราการความชุกเฉลี่ยที่ประมาณ 25% ภายในปี 2568 (องค์การอนามัยโลก, 2566) จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2564 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 17.4) เยาวชน อายุ 15-19 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.2 แยกเป็นผู้ที่สูบทุกวัน ร้อยละ 4.6 และเป็นผู้ที่สูบแต่ไม่ทุกวัน ร้อยละ 1.6 ความชุกของการสูบบุหรี่ ในกลุ่มนักเรียนที่เคยสูบบุหรี่ มีนักเรียนร้อยละ 70.4 ลองสูบบุหรี่ก่อนอายุ 14 ปีหรือน้อยกว่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) มีนักสูบหน้าใหม่เกิดขึ้นราว 2-3 แสนคนต่อปี คนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 52,000 คน เฉลี่ยวันละ 142 คน ชั่วโมงละ 6 คน

และเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากบุหรี่ ร้อยละ 12 ของการตายทั้งหมดผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 20 เท่า ที่สำคัญ 1 ใน 4 เป็นเด็กเล็กที่ตายเพราะได้รับควันบุหรี่มือสอง หากการควบคุมการบริโภคยาสูบไม่เข้มแข็ง จะมีการตายด้วยโรคที่เกิดจากการ สูบบุหรี่ถึง 8 ล้านคน ใน 20 ปีข้างหน้า (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ,2557)

ในจังหวัดลำปาง พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ร้อยละ 12.40 พื้นที่อำเภอจาง จังหวัดลำปาง ในปี พ.ศ.2565 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 34,924 คน และประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 29,298 คน เพศชาย จำนวน 14,402 คน เพศหญิง จำนวน 14,896 คน ในปี 2561-2565 อำเภอจางมีประชากร อายุ 15 ปี ขึ้นไป สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.45, 17.33, 15.56, 14.41 และ 13.93 ตามลำดับ (คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center: HDC จังหวัดลำปาง) ในปี 2565 พบว่าในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 372 คน คิดเป็น 1,065.17 ต่อแสนประชากร และมีกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.32 จากการสำรวจปัญหาของพื้นที่พบว่า โรงเรียนแห่งหนึ่ง นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 23.91 ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าโรงเรียนอื่นในอำเภอจาง (ร้อยละ 14.32) และของจังหวัดลำปาง (ร้อยละ 12.40) โดยพฤติกรรมของคนสูบบุหรี่สามารถสูบบุหรี่ได้ทุกสถานที่ที่ไม่มีพื้นที่กำหนดเฉพาะ จึงมีโอกาสเสี่ยงที่ทำให้มีผู้ที่สูบบุหรี่รายใหม่เพิ่มมากขึ้น

บุหรี คือ ยาสูบที่นำมาบริโภคโดยมี นิโคติน เป็นสารที่ทำให้เสพติด ซึ่งเป็นสารที่อยู่ในใบยาสูบทุกสายพันธุ์ เมื่อผู้สูบได้รับสารนี้จะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง และทำให้หลอดเลือดตีบ นอกจากนี้ยังมีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 60 ชนิด และสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) บุหรียังเป็นภัยร้ายแรงต่อสุขภาพผู้สูบ อีกทั้งควันบุหรีมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ใกล้ชิด บุหรีจึงไม่ใช่สินค้าปกติเหมือนสินค้าอื่นทั่วไป แต่เป็นสินค้าที่ฆ่าผู้บริโภคและคนรอบข้าง ซึ่งทำให้ผู้ที่สูบบุหรีต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึงปีละประมาณ 55,000 คน และผู้ที่เสียชีวิตเฉลี่ยแล้วอายุสั้นลง 18 ปี (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [ศจย.], 2562)

การสูบบุหรีที่อายุน้อยส่งผลทำให้เกิดนักสูบบุหรีหน้าใหม่ที่อายุน้อย (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2562) โดยนักสูบบุหรีหน้าใหม่ หมายถึง เยาวชนผู้ที่เริ่มสูบบุหรีหรือสูบบุหรีครั้งแรกโดยอาจสูบบุหรีเพียงหนึ่งครั้งหรือสูบบุหรีอย่างต่อเนื่องก็ถือว่าเป็นนักสูบบุหรีหน้าใหม่ (จิรภัทร์ รัตนขมภู, และณรงค์ ศักดิ์ หนูสอน, 2563) การบริโภคยาสูบมักเริ่มในกลุ่มวัยรุ่น เด็ก และเยาวชนจะเริ่มสูบบุหรีด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น อยากรู้ อยากรอง อยากรู้เห็น การต่อต้าน พฤติกรรมการลอกเลียนแบบ การสูบบุหรีของคนในครอบครัว และญาติ อิทธิพลจากเพื่อน การแสดงตนว่าเป็นใหญ่ (วิลาวัลย์ ประทีปแก้ว และคณะ, 2552)

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอ ซึ่งการพัฒนาความรอบรู้เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ต้องอาศัยองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) มีความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication Skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) การจัดการตนเอง (self-management) 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media-literacy) โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ หรือมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2009; ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรีของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา

กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มนักศึกษาที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรีและพบนักศึกษาที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่ไม่ดีมีพฤติกรรมการสูบบุหรี (ธนะวัฒน์ รวมนุก และคณะ, 2565)

โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ หรือมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสมและเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Dean Schillinger, 2002) ในขณะที่ผู้ที่มีความรอบรู้ในระดับต่ำ จะส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วย อัตราตาย การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น เพราะขาดความรู้และทักษะในการป้องกันโรคและดูแลสุขภาพของตนเอง (Richard H Osborne, 2013) จึงมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาด้านสุขภาพตั้งแต่อายุยังน้อย (Kutner M., Greenberg, E., Jin, Y. and Paulsen, C. 2006)

ดังนั้น จากการศึกษาและผลการสำรวจสภาพปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบบุหรีหน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในพื้นที่ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านนี้ อันจะนำไปสู่การตัดสินใจ ประเมินการปฏิบัติการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง และจะช่วยให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรีของตนเองที่ดี อย่างยั่งยืนด้วยตัวเอง อันจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีของวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบบุหรีหน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในพื้นที่ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ได้รับความรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่โครงการวิจัย 002/2567 เอกสารรับรองเลขที่ E2567-003 ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้น

มัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 สังกัดรัฐบาลของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ลำปาง เขต 1 จำนวน 10 โรงเรียน จำนวนทั้งหมด 890 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) 1 โรงเรียน กำหนดให้การจับฉลากครั้งแรกให้เป็นกลุ่มทดลอง และจับฉลากครั้งที่ 2 ให้เป็นกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ โพลิต และฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($\alpha = 0.05$) ให้อำนาจการทดสอบ (power of test: $1 - \beta$) เท่ากับ 0.8 โดยขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง 0.5 ซึ่งมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (medium effect size) เมื่อใช้เปรียบเทียบกับตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 51 รายต่อกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 รายต่อกลุ่ม โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนแห่งหนึ่งในพื้นที่อำเภอจาง จังหวัดลำปาง 2) สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ 3) ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และมีเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัยคือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในงานวิจัย

ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จักษ์ตรีมงคล, 2564. การพัฒนาแบบประเมินออนไลน์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่สำหรับเยาวชน. สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยมีค่าความตรง (Validity) เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.840 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จาก นางสาววิภาณต์ดา โหม่งมาตย์, 2561. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยมีค่าความตรง (Validity) เท่ากับ 0.7 และค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.863 หลังจากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบเนื้อหาความเหมาะสมในการใช้ภาษาและนำมาปรับปรุง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผศ.ดร.ประจวบ แหลมหลัก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

นางเครือวัลย์ ไชยาโส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลงาว และนายศรีณยู สืบจิตต์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.บ้านสบป่อง เพื่อตรวจสอบและพิจารณาด้านการใช้ภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา ข้อคำถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (5 ข้อ) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว และการสูบบุหรี่ของเพื่อนในกลุ่ม แบ่งเป็นคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ อายุ และแบบตรวจสอบรายการ (Check lists) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ ระดับชั้นเรียน การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว และการสูบบุหรี่ของเพื่อนในกลุ่ม สำหรับการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวถ้าตอบว่าสูบบุหรี่ ให้ระบุเป็นคำถามปลายเปิดว่าเป็นใครบ้างที่สูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น แบ่งออกเป็น

ตอนที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่และภัยของบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 ทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับบุหรี่และภัยของบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับบุหรี่และภัยของบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันตนเองไม่ให้สูบบุหรี่หน้าใหม่ จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 5 ทักษะการตัดสินใจในการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงตนเองให้ห่างไกลจากพิษภัยของบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 5 ข้อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม หมายถึง คะแนนรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่และภัยของบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ การรู้คิดเกี่ยวกับบุหรี่และภัยของบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ การสื่อสารเกี่ยวกับบุหรี่และภัยของบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ การจัดการตนเองในการป้องกันตนเองไม่ให้สูบบุหรี่หน้าใหม่ จำนวน 10 ข้อ การตัดสินใจในการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงตนเองให้ห่างไกลจากพิษภัยของบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 5 ข้อ รวม 43 ข้อ คิดเป็น 88 คะแนน พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งเป็นระดับคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ

โดยใช้เกณฑ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน 0.00-53.00 คะแนน (<60%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 53.01 - 63.00 คะแนน (≥ 60 - <70%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ได้ถูกต้องบ้าง

ระดับดี ช่วงคะแนน 63.01-71.00 คะแนน (≥ 70 - <80%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ถูกต้อง

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 71.01-88.00 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ได้ถูกต้อง และสม่ำเสมอ จนเป็นสุขนิสัย

การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ มีเกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
จริงที่สุด 3 คะแนน	1 คะแนน
จริง 2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่จริงเลย 1 คะแนน	3 คะแนน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนน รวมออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Cohen, & Orbuch, (1979; กองสุขศึกษา กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน 0.00-9.00 คะแนน (<60% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลบริการสุขภาพจากหลากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 9.01-10.50 คะแนน (≥ 60 - <70%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้าง แต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้

ระดับดี ช่วงคะแนน 10.50-12.00 คะแนน (≥ 70 - <80%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้ และนำมาใช้ตัดสินใจได้

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 12.01-15.00 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากต่อการตัดสินใจที่ต้องแม่นยำได้

ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง บุหรี่และภัยของบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือก ถูก/ผิด จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง ได้เท่ากับ 1 คะแนน

คำตอบที่ไม่ถูกต้อง ได้เท่ากับ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนรวมของความรู้พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ประกอบด้วย

มีความรู้ระดับไม่ถูกต้อง ช่วงคะแนน 0.00-6.00 คะแนน (<60% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง รู้และเข้าใจน้อยมากไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

มีความรู้ระดับถูกต้องบ้าง ช่วงคะแนน 6.01-7.00 คะแนน (≥ 60 - <70% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง รู้และเข้าใจถูกต้องเป็นส่วนน้อยไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

มีความรู้ระดับถูกต้อง ช่วงคะแนน 7.01-8.00 คะแนน (≥ 70 - <80% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง รู้และเข้าใจถูกต้องเป็นส่วนมากเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

มีความรู้ระดับถูกต้องที่สุด ช่วงคะแนน 8.01-10.00 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง รู้และเข้าใจถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

ทักษะการสื่อสาร ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกถูก/ผิด จำนวน 8 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง ได้เท่ากับ 1 คะแนน

คำตอบที่ไม่ถูกต้อง ได้เท่ากับ 0 คะแนน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมทักษะการสื่อสาร จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนรวมพิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ

โดยใช้เกณฑ์ของ Cohen, & Orbuch (1979; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน 0.00-4.89 คะแนน (<60%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยังมีปัญหาด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 4.90-5.69 คะแนน ($\geq 60 - 70\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สามารถที่จะฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับ การปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ

ระดับดี ช่วงคะแนน 5.70- 6.49 คะแนน ($\geq 70 - 80\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สามารถที่จะฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับ ปฏิบัติได้ดี

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 6.50-8.00 คะแนน ขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง มีความเชี่ยวชาญด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง

ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ มีเกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้

ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
จริงที่สุด 3 คะแนน	1 คะแนน
จริง 2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่จริงเลย 1 คะแนน	3 คะแนน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน 0.00-18.00 คะแนน (<60%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 18.01-21.00 คะแนน ($\geq 60 - 70\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการจัดการ

เงื่อนไขต่างๆทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้บ้าง

ระดับดี ช่วงคะแนน 21.01-24.00 คะแนน ($\geq 70 - 80\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 24.01-30.00 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี

ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง	ได้เท่ากับ 2 คะแนน
คำตอบที่ไม่แน่ใจ	ได้เท่ากับ 1 คะแนน
คำตอบที่ไม่ถูกต้อง	ได้เท่ากับ 0 คะแนน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Cohen, & Orbuch (1979;กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน 0.00-6.00 คะแนน (<60%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ทำตัวตามสบายโดยไม่คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 6.01-7.00 คะแนน ($\geq 60 - <70\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดีที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเอง

ระดับดี ช่วงคะแนน 7.01-8.00 คะแนน ($\geq 70 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่น

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 8.01-10.00 คะแนน ขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี ต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด

การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ

มีเกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
จริงที่สุด 3 คะแนน	1 คะแนน
จริง 2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่จริงเลย 1 คะแนน	3 คะแนน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Cohen, & Orbach (1979; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน 0.00-9.00 คะแนน (<60%ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่คิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 9.01-10.50 คะแนน ($\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อ โดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางเรื่อง

ระดับดี ช่วงคะแนน 10.51-12.00 คะแนน ($\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อ โดยมีการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลก่อนเป็นส่วนใหญ่

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 12.01-15.00 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อที่ผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลก่อนว่าถูกต้องจริง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 23 ข้อ

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จากนางสาววิภาณต์ดา โหม่งมาตย์, 2561. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นในระดับน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นในระดับน้อย

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นในระดับปานกลาง

มาก หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นในระดับมาก

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นในระดับมากที่สุด

ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความทางบวกจะได้คะแนน 1-5 สำหรับคำตอบน้อยที่สุดจนถึงมากที่สุดตามลำดับ ส่วนข้อความนิเสธ (ข้อ 2.1.4 , 2.2.3) จะให้คะแนนกลับกัน

เกณฑ์การแปลความหมาย

เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินระดับการมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายข้อมูล (Best, 1901 อ้างถึงใน อิทธิพล โพธิ์ทองคำ, 2554)

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับมากที่สุด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้น เพื่อชี้แจงให้ทราบรายละเอียดของการศึกษา อันประกอบด้วยวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษาและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายการยินยอมเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการเรียนการสอนตามปกติจากทางโรงเรียน เช่นเดียวกัน โดยที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยมีการผสมผสานกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มเติมทุกวันศุกร์ ช่วงเวลา 13.00-15.30 น.

ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงาน 4 สัปดาห์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ.2567 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 Bingo No Smoking ผู้วิจัยคืนข้อมูลสถานการณ์การสูบบุหรี่ บรรยาย ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่และภัยของบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า พร้อมทั้งทำกิจกรรม เกมส์ Bingo No Smoking

กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 สื่อสารอย่างไรให้เพื่อนเข้าใจเรา เทคนิคในการสื่อสารเรื่องบุหรี่ทั้งในฐานะผู้รับสารและผู้ส่งสาร และใช้ประโยชน์จากความรู้ที่มีอยู่โน้มน้าวให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูล ในการพูด อ่าน เขียน โต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ปฏิเสธเพื่อน ไม่ให้เสียเพื่อน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ครั้งที่ 1 ฝึกทักษะการสื่อสารด้วยการฝึกถาม-ตอบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนกลับ กิจกรรมต้นไม้ของฉัน ฝึกการวิเคราะห์แยกแยะผลดี-ผลเสีย และความสามารถในการที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน การวิเคราะห์หาวิธีการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อให้

ห่างไกลจากพิษภัยบุหรี่ ใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงการเริ่มต้นสูบบุหรี่

กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 ใช้สื่ออย่างรู้ตัว อย่าใช้สื่ออย่างตื่นตัว จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ รวมถึงตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งประเมินข้อความสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น

4.การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) การหาร้อยละ (Percentage) และวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ด้วยคะแนนเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลค่าเฉลี่ย 2) การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวมและรายด้าน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบค่าที (Paired t- test) และวิธีการทดสอบค่าอิสระ(Independent t-test)

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง n=60		กลุ่มควบคุม n=60		รวม n=120	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	29	48.33	25	41.67	54	45.00
หญิง	31	51.67	35	58.33	66	55.00
อายุ						
12 ปี	0	0.00	2	3.33	2	1.67
13 ปี	20	33.33	23	38.33	43	35.83
14 ปี	20	33.33	18	30.00	38	31.67
15 ปี	19	31.67	11	18.33	30	25.00
16 ปี	1	1.67	6	10.00	7	5.83
ระดับชั้นเรียน						
มัธยมศึกษาปีที่ 1	16	26.67	21	35.00	37	30.83
มัธยมศึกษาปีที่ 2	21	35.00	19	31.67	40	33.33
มัธยมศึกษาปีที่ 3	23	38.33	20	33.33	43	35.83

วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง n=60		กลุ่มควบคุม n=60		รวม n=120	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว						
สูบ	31	51.67	19	31.67	50	41.67
ไม่สูบ	29	48.33	41	68.33	70	58.33
การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว (โปรดระบุว่าใครสูบ)						
พ่อ	16	42.11	12	52.17	28	45.90
พี่	4	10.53	2	8.70	6	9.84
ลุง	4	10.53	5	21.74	9	14.75
น้ำ	2	5.26	0	0.00	2	3.28
ตา	6	15.79	2	8.70	8	13.11
ยาย	2	5.26	1	4.35	3	4.92
ปู่	4	10.53	1	4.35	5	8.20
การสูบบุหรี่ของเพื่อนในกลุ่ม						
สูบ	18	30.00	10	16.67	28	23.33
ไม่สูบ	42	70.00	50	83.33	92	76.67

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน แยกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 60 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 55.00 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 มีอายุ 13 ปี มากที่สุด จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 35.83 รองลงมา คือ อายุ 14 ปี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 31.67 อายุ 15 ปี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 อายุ 16 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.83 และ อายุ 12 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.67 ตามลำดับ เรียนหนังสืออยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มากที่สุด จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 38.83 รองลงมา ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 30.83 ตามลำดับ การสูบบุหรี่

ของคนในครอบครัว พบว่า ไม่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่มากที่สุด จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 รองลงมา คือ มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 ตามลำดับ การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว พบว่า พ่อสูบบุหรี่ มากที่สุด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 45.90 รองลงมา คือ ลุง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 14.75 ตา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 13.11 พี่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.84 ปู่ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ ยาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.92 และ น้ำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.28 ตามลำดับ และการสูบบุหรี่ของเพื่อนในกลุ่ม พบว่า ไม่มีเพื่อนในกลุ่มสูบบุหรี่ มากที่สุด จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 รองลงมา คือ มีเพื่อนในกลุ่มสูบบุหรี่ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 ตามลำดับ

วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง นำเสนอด้วยคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลค่าเฉลี่ย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง						หลังการทดลอง					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	10.42	1.25	ระดับพอใช้	10.37	1.04	ระดับพอใช้	11.85	1.96	ระดับดี	10.45	1.06	ระดับพอใช้
ทักษะการรู้คิด	6.73	1.70	ระดับถูกต้องบ้าง	6.77	1.31	ระดับถูกต้องบ้าง	8.22	0.99	ระดับถูกต้องที่สุด	7.02	1.41	ระดับถูกต้อง
ทักษะการสื่อสาร	5.05	1.57	ระดับพอใช้	5.02	1.59	ระดับพอใช้	5.83	1.62	ระดับดี	5.18	1.53	ระดับพอใช้
ทักษะการจัดกาตนเอง	22.70	3.95	ระดับดี	22.58	3.73	ระดับดี	26.88	4.85	ระดับดีมาก	23.02	3.23	ระดับดี
ทักษะการตัดสินใจ	7.25	2.08	ระดับดี	7.03	1.59	ระดับดี	8.35	1.28	ระดับดีมาก	7.33	1.39	ระดับดี
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	11.93	2.24	ระดับดี	11.73	1.61	ระดับดี	13.58	1.95	ระดับดีมาก	11.97	1.26	ระดับดี
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	64.08	9.01	ระดับดี	63.50	5.61	ระดับดี	74.72	9.12	ระดับดีมาก	64.97	5.14	ระดับดี

จากตารางที่ 2 ก่อนทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ระดับดี (Mean=64.08, S.D.=9.01 ; Mean=63.50, S.D.=5.61) ส่วนหลังทดลอง

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ที่ระดับดีมาก (Mean=74.72, S.D.=9.12) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ที่ระดับดี (Mean=64.97, S.D.=5.14)

3. พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง นำเสนอด้วยคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่	ก่อนการทดลอง						หลังการทดลอง					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
การเลือกคบเพื่อน	3.39	0.83	ระดับปานกลาง	3.40	0.73	ระดับปานกลาง	4.05	0.79	ระดับมาก	3.48	0.65	ระดับปานกลาง
การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น	3.57	0.92	ระดับมาก	3.47	0.80	ระดับปานกลาง	4.54	0.38	ระดับมากที่สุด	3.39	0.74	ระดับปานกลาง
การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์	2.87	0.95	ระดับปานกลาง	2.67	0.70	ระดับปานกลาง	3.71	1.02	ระดับมาก	2.74	0.64	ระดับปานกลาง
ด้านการปฏิเสธ	3.95	1.06	ระดับมาก	3.89	1.03	ระดับมาก	4.58	0.52	ระดับมากที่สุด	3.99	0.90	ระดับมาก
รวม	3.44	0.78	ระดับปานกลาง	3.36	0.66	ระดับปานกลาง	4.22	0.55	ระดับมาก	3.40	0.57	ระดับปานกลาง

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567

จากตารางที่ 3 ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.44,S.D.=0.78 ; Mean=3.36,S.D.=0.66) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.22,S.D.=0.55) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.40, S.D.=0.57)

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ก่อนทดลองและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ paired t- test ดังตารางที่ 4 และ ตารางที่ 5 ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนทดลองและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ paired t- test

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n=60คน)	64.08	6.91	74.72	9.12	7.30	0.00*
กลุ่มควบคุม (n=60คน)	63.5	5.61	64.97	5.14	3.80	0.00*

* p-value < .05

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (ก่อน Mean=64.08, S.D.=6.91; หลัง Mean=74.72, S.D.=9.12) มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงขึ้นกว่าการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (ก่อน Mean=63.50,S.D.=5.61;หลัง Mean=64.97, S.D.=5.14) มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยรวมก่อนทดลอง และหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ paired t- test

พฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยรวม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n=60คน)	3.44	0.78	4.22	0.55	6.78	0.00*
กลุ่มควบคุม (n=60คน)	3.36	0.66	3.40	0.57	1.84	0.07

* p-value < .05

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวม (ก่อน Mean=3.44, S.D.=0.78; หลัง Mean=4.22, S.D.=0.55) มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง

สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวม (ก่อน Mean = 3.36, S.D. = 0.66 ; หลัง Mean = 3.40, S.D. = 0.57) มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง

5.การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test ดังตารางที่ 6 และ ตารางที่ 7

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	Mean	S.D.	Mean difference	t	p
กลุ่มทดลอง (n=60คน)	74.72	9.12	9.75	7.21	0.00*
กลุ่มควบคุม (n=60คน)	64.97	5.14			

* p-value < .05

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนเฉลี่ย ของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม หลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการ สูบบุหรี่โดยรวมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

พฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยรวม	Mean	S.D.	Mean difference	t	p
กลุ่มทดลอง (n=60คน)	4.22	0.55	0.82	8.06	0.00*
กลุ่มควบคุม (n=60คน)	3.40	0.57			

* p-value < .05

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวม หลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ของพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวม สูงกว่ากลุ่ม ควบคุม

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะ ได้รับการเรียนการสอนตามปกติจากทางโรงเรียน เช่นเดียวกัน โดยที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยมีการผสมผสานกับแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ข้อมูล ทักษะการรู้คิด ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการ ตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และ ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน

มาเป็นพื้นฐานในการจัดชุดกิจกรรมการให้ความรู้ โดยใช้วิธีการ สื่อสารแบบสองทาง เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ชักถามข้อสงสัย หรือข้อมูลที่กลุ่มทดลองยังไม่กระจ่างชัด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันมีการตรวจสอบความเข้าใจ โดยการให้กลุ่มทดลองได้อธิบายสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วม โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในโปรแกรมมีการใช้สื่อ ที่หลากหลาย เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ ได้แก่ สื่อวิดีโอ มีการ สาธิต และสาธิตย้อนกลับ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มพูนทักษะ ภายหลังได้รับโปรแกรมการ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน นักสูบบุหรี่หน้าใหม่ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้าน สุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก (M=74.72, S.D.9.12) ส่วน กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ใน ระดับ ปาน กลาง (Mean=64.97,S.D.=5.14) เมื่อ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่าง ของคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม หลังการ ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์ (2564) พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมนักเรียนกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกัน พฤติกรรมตนเองในการสูบบุหรี่ก่อนการทดลองและภายหลัง การทดลองมีความแตกต่างกันและสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ ของ อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล และคณะ (2566) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม อยู่ในระดับมากและเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐชยา พลาชีวะ และปราโมทย์ ถ่างกระโทก (2564) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ สำหรับนักศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ เป็นการปฏิบัติตนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่แสดงถึงการที่จะไม่ไปเกี่ยวข้องหรือหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การเลือกคบเพื่อน การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และการปฏิเสธ (วิภาณต์ดา โหม่งมาตย์, 2561) โดยผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองฝึกทักษะการสื่อสารด้วยการถาม-ตอบ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนกลับ กิจกรรมต้นไม้ของฉัน ฝึกการวิเคราะห์แยกแยะ ผลดี-ผลเสีย และความสามารถในการที่จะนำไปปฏิบัติ ในชีวิตประจำวัน การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การวิเคราะห์ ทหาวิธีการปฏิเสธ หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อให้ห่างไกล จากพิษภัยบุหรี่ ใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อปฏิเสธ หลีกเลี่ยงการเริ่มต้นสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($M=4.22, S.D.0.55$) ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($Mean=3.40, S.D.=0.57$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวม หลังการทดลองระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ของพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวม สูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ พชรินทร์ อัจฉนาภิตติ และคณะ (2565) พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ และ ความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ หลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ สโมสร และคณะ (2563) พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่หน้าใหม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

สรุปผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบบุหรี่ หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภอจาง จังหวัดลำปาง พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คือ เป็นผู้ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอและมีการปฏิบัติตน ด้านสุขภาพ ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ จนเป็นสุขนิสัย และมี พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่อยู่ใน ระดับมาก คือ สามารถ ใช้ทักษะที่แสดงถึงการที่จะไม่ไปเกี่ยวข้องหรือหลีกเลี่ยงจาก การสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การเลือกคบเพื่อน การหลีกเลี่ยง ตัวกระตุ้น การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และการปฏิเสธ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูควรส่งเสริม ให้นักเรียนสามารถนำทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการรู้คิด ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง และสามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่นได้

2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูควรมีแนวทาง ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่กับ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผ่านรูปแบบการจัดกิจกรรม

การฝึกอบรมหรือการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ และความตั้งใจในการ ป้องกันพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะช่วยให้ผู้เรียนมีระดับความรู้ทางสุขภาพมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหากเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำจะ สร้างการเรียนรู้และเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรออกแบบงานวิจัยเชิงบูรณาการ ที่นำ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญต่อ พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน ในการร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ เพื่อช่วยส่งเสริมความเข้าใจในการเสริมสร้างพฤติกรรม ป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน และยังเป็นการเฝ้าระวัง พฤติกรรมการไปยุ่งเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุ ศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2560). “พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ. ศ. 2560.” <https://ddc.moph.go.th/law.php?law=2>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). บุหรี่ คืออะไร ประเภทและสารในบุหรี่. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14004&gid=1-015-009>
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรู้ด้านสุขภาพ เข้าใจ เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- จิรภัทร รัตนชมภู, และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน3 (2563). การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ สังคมไทยต้องเปลี่ยนแปลง. วารสารวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 12(1), 13-27.
- ณัฐชยา พลาชีวะและปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2564) ผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่โดยใช้อินเทอร์เน็ตเป็นฐานสำหรับ นักศึกษาในศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, ปีที่ 14 ฉ.1 ม.ค.- มิ.ย.64, 257-272
- ชนะวัฒน์ รวมสุก, สุรินธร กลัมพากร, ทศนีย์ รวีวรกุล, ทศนีย์ อรรถารส, อารยา ทิพย์วงศ์, นภิสรา ชีระเนตร, และจิราภรณ์ อนุชา, (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก, ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565, 357-363
- นพรัตน์ รัตนวราภรณ์, ธนพร เบญจพะ และชวนพิศ ตฤณานนท์. (2561), การตรวจสอบสารนิโคตินในของกลางบุหรี่ไฟฟ้า. http://innovation.dmsc.moph.go.th/InnovationV1.6 ProfileProject.php?ROW_REF=397&PERSON ID=405
- ประกิต วาทีสาธกิจ. (2562). การสูบบุหรี่ของเยาวชน (รายงานการวิจัย). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- พัชรินทร์ อัจฉนาภิตติ, ทศนีย์ รวีวรกุล, สุรินธร กลัมพากร, และนฤมล เอี่ยมณีกุล, (2565). ผลของโปรแกรมป้องกันนักสูบหน้า ใหม่ ในนักเรียนอาชีวศึกษา. วารสารพยาบาล, 71(1), 10-19, 2565, 10-19
- ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์, (2564). โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตอนต้นโดยประยุกต์การจัดการเรียนรู้แบบปรากฏการณ์เป็นฐาน.(วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- วิกานต์ดา โหม่งมาตย์. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร
- วิลาวัลย์ ประทีปแก้ว, พรเทพ ล้อมพรม, และวัลภา พรหมชัย. (2552). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดนนทบุรี (รายงานผลวิจัย). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย.).

- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ[ศจย.]. (2562). ก้าวทันวิจัยกับ ศจย. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ[ศจย.] ระยะที่ 5 ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2562
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564. สืบค้นจาก <http://ncdstrategy.ddc.moph.go.th/home/media/143>
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. (2557). สวรรส. ร่วมเครือข่ายสุขภาพพนักพลังหนุนภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ 85 % พร้อมต้านบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ ก้าวสู่สังคมไทยปลอดบุหรี่. เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/news/1/501>
- อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล, ปรีภัทร คงศรี, และสมหมาย กล้าณรงค์, (2566). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4, ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566, 113-128
- Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy (NCES 2006-483). Washington, DC: National Center for Education Statistics; 2006.
- Osborn RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkin M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). BMC Public Health 2013; 13:658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. JAMA 2002;288(4):475-82.
- World Health Organization. (2023). Tobacco Control in South-East Asia Region. Retrieved from <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/tobacco/tobacco-control-in-the-south-east-asia-region>

รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติด อำเภอวัง จังหวัดลำปาง

Resilience Quotient Approaches for Drug Rehabilitation Patients
in Ngao District, Lampang Province.

Sarunyoo Suebjit

Ban Sab Pon Sub-district
Health Promoting Hospital

ศรัณยู สืบจิตต์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบป้อน
อำเภอวัง จังหวัดลำปาง

Received : 19 April 2024, Received in revised form : 17 May 2024, Accepted : 24 May 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดของอำเภอวัง จังหวัดลำปาง ประจำปี 2566 จำนวนทั้งสิ้น 86 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที (Paired t-Test)

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การเห็นคุณค่าของตัวเอง 2) การเห็นคุณค่าของผู้อื่น 3) สายสัมพันธ์ที่คิดถึง 4) จุดมุ่งหมายในชีวิตและการเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจ มีผลทำให้ผู้บำบัดยาเสพติดมีความเข้มแข็งทางใจที่ดีขึ้นในทุกองค์ประกอบ ทั้งด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ ด้านการจัดการกับปัญหา และด้านความเข้มแข็งทางใจโดยรวม ทำให้ผู้บำบัดยาเสพติดมองเห็นคุณค่าในตนเองทั้งทางด้านลักษณะนิสัย ด้านความกตัญญูและสายใยครอบครัวและด้านความชำนาญ ตลอดจนสามารถมองเห็นคุณค่าของตนเองจากการมองของผู้อื่นในด้านลักษณะนิสัยและจิตใจ ด้านทัศนคติและด้านการปฏิบัติที่ดีของตนเอง เป็นผลให้สามารถสร้างความหวังและกำลังใจในการใช้ชีวิตต่อไปได้ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรมีรูปแบบการละลายพฤติกรรม สร้างความสัมพันธ์กับวิทยากรก่อนดำเนินการ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการเปิดใจในการทำกิจกรรมและควรมีการติดตามให้ความช่วยเหลือผู้บำบัดยาเสพติดผ่านการเยี่ยมบ้านและเสริมกำลังใจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คำสำคัญ ความเข้มแข็งทางใจ, ผู้บำบัดยาเสพติด

Abstract

The study was a Quasi-Experimental Research which aimed to assess the resilience quotient model for those undergoing drug rehabilitation as well as the effect of the resilience quotient on individuals undergoing drug rehabilitation. The samples consisted of 86 drug rehabilitation patients in Ngao District in 2023. The purposive sampling method was employed to determine the samples. The data was collected using the resilience quotient assessment developed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The content validity of this assessment was reviewed by three experts. The data was analyzed by descriptive and inferential statistics, including the Paired t-Test.

The research findings revealed that the developed resilience quotient model for drug rehabilitation patients consisting of four components: 1) self-worth, 2) value for others, 3) thoughtful relationships, and 4) purpose in life, along with home visits for encouragement, significantly enhanced the overall mental

strength of drug addicts. This improvement was observed in all aspects of mental strength, including emotional stability, motivation, problem-solving skills, and overall mental resilience. Drug rehabilitation patients participating in this model enhanced self-worth in terms of their character, gratitude and family ties, and expertise. They also developed a stronger sense of self-worth based on how others viewed their character, morals, positive attitudes, and good deeds. This newfound self-worth instilled hope and motivation for continued progress in their lives. Based on the research findings, it was recommended to incorporate behavior modification techniques and establish rapport with facilitators before implementing the program to encourage participants' openness during activities. Additionally, follow-up support should be provided to drug addicts through home visits and encouragement by public health officials.

Keyword : Resilience Quotient, Drug Rehabilitation Patients

บทนำ

ปัญหาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางและรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อด้านลบทั้งด้านสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และความมั่นคงของประเทศ แม้ว่ารัฐบาลจะตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และได้กำหนดให้เป็นนโยบายเร่งด่วนเพื่อจะลดการระบาดและแก้ไขปัญหาเสพติด โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกันในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในประเทศ ตลอดจนใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเฉียบขาดกับผู้ที่กระทำความผิดในการค้ายาเสพติดแล้วก็ตาม แต่สถานการณ์ปัญหายังคงไม่มีแนวโน้มจะลดลง จากรายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พรบ.ยาเสพติดทั่วประเทศ สํารวจโดยกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 1 มกราคม 2566 พบว่า มีผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งสิ้น 206,361 คน หรือเทียบเท่าร้อยละ 78.67 ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ จะเห็นได้ว่าคดียาเสพติดนับว่าเป็นคดีที่พบผู้ต้องหามากที่สุดเมื่อเทียบกับคดีอื่น ๆ ในประเทศไทย (กรมราชทัณฑ์, 2566) นอกจากนี้ยาเสพติดยังส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลโดยยาเสพติดทุกชนิดจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและต่อจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านบุคลิกภาพและสุขภาพอนามัยจะก่อให้เกิดความเสียหายทั้งชีวิตและทรัพย์สิน โดยผู้ติดยามักก่อให้เกิดอาชญากรรม ต่อเนื่องตั้งแต่การเข้าไปเกี่ยวข้องกับแหล่งอบายมุข การลักเล็กขโมยน้อย การประทุษร้ายต่อชีวิตและทรัพย์สินการพนันและอาชญากรรมต่างๆ จนนำไปสู่ความยุ่งยาก ซัดแย้ง แตกแยก และสิ้นเปลืองในการแก้ปัญหาส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและสังคมตามมาในที่สุด (ประจวบ แหลมหลักและคณะ, 2557) ปีงบประมาณ 2566 อำเภองาวมีผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น 86 ราย ส่วนใหญ่พบปัญหาในชุมชนคือปัญหาเสพติด

และความยากจน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการติดสารเสพติด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว, 2566) การแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างยั่งยืนภายใต้หลักการ “เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง” ดำเนินการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย นอกจากกระบวนการรักษาที่ได้มาตรฐานแล้วทัศนคติและจิตใจของผู้ป่วยคือหัวใจหลักในการบำบัดยาเสพติด ในด้านจิตใจและอารมณ์ต้องฟื้นฟูสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยให้เรียนรู้ที่จะปฏิเสธ สร้างความเข้มแข็งแกร่งทางจิตใจให้ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าก็จะช่วยแก้ไขปัญหาเสพติดได้ กรมสุขภาพจิต (2563) ได้นำแนวคิดความเข้มแข็งทางใจมาใช้ในการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ โดยความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถที่จะปรับตัว ปรับใจกับเหตุการณ์วิกฤติของชีวิตและฟื้นคืนกลับสู่ภาวะปกติของบุคคลภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤติหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิต ซึ่งเป็นความสามารถของคนที่มีอยู่แล้วในตัวเองและนำมาใช้เมื่อต้องเอาชนะปัญหาอุปสรรคหรือความยากลำบากที่เกิดขึ้น ดังนั้นหากส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งทางใจจะช่วยให้สามารถใช้วิกฤติเป็นโอกาส ยกย่องความคิด จิตใจ มีพลังใจในการดำเนินชีวิตและจะช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดให้ประสบผลสำเร็จได้ต่อไป

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการศึกษาถึงรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติด อำเภองาว จังหวัดลำปาง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและจัดเป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ตลอดจนเป็นการเตรียมระบบการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระยะยาวที่สอดคล้องกับความต้องการและตามบริบทของผู้ป่วยยาเสพติดพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยเบาหวานเสตติค อำเภอถาว จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยเบาหวานเสตติค

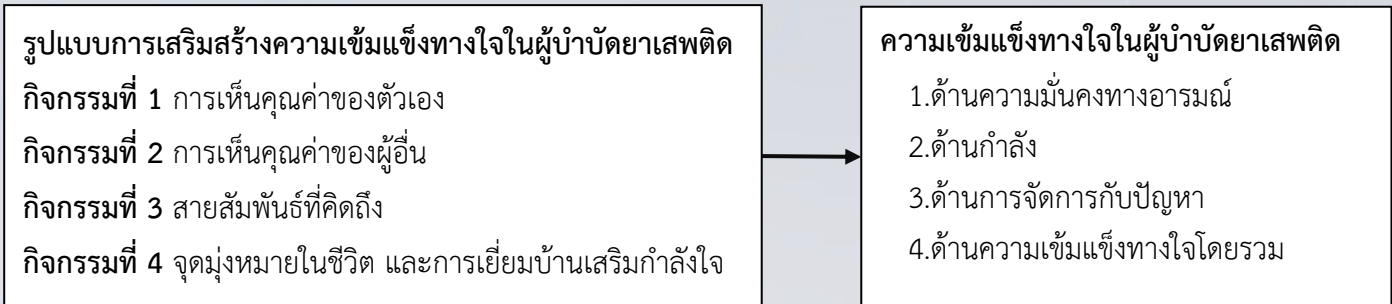
วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยประยุกต์ใช้หลักสูตรการสร้างความเข้มแข็งทางใจของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่และวัดผลก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (One Group Pre-Post Test Design)

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยเบาหวานเสตติคประยุกต์จากหลักสูตรการสร้างความเข้มแข็งทางใจของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเสตติคที่ผ่านการคัดกรองจากศูนย์การคัดกรองเบาหวานเสตติคอำเภอถาวจังหวัดลำปาง ประจำปี 2566 จำนวน 90 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเสตติคที่ผ่านการคัดกรองจากศูนย์การคัดกรองเบาหวานเสตติคอำเภอถาวและถูกขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเสตติคของอำเภอถาวประจำปี 2566 จำนวนทั้งสิ้น 86 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และใช้เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย

1. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
2. ยินดีสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา
3. ไม่อยู่ในภาวะคลุ้มคลั่งหรือความคุมสติตนเองไม่ได้
4. ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยจิตเวชจาก

โรงพยาบาลของรัฐ

เกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย

(Exclusion criteria)

1. ระหว่างการดำเนินการวิจัยมีภาวะคลุ้มคลั่ง
2. ย้ายถิ่นฐานออกจากพื้นที่ภายหลังได้รับการบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยเบาหวานเสตติค พัฒนาขึ้นจากหลักสูตรการสร้างความเข้มแข็งทางใจของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ทั้งหมด 4 กิจกรรม ประกอบด้วย 1.การเห็นคุณค่าของตัวเอง 2.การเห็นคุณค่าของผู้อื่น 3.สายสัมพันธ์ที่คิดถึง 4.จุดมุ่งหมายในชีวิตและการเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจและ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2560) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมินมีลักษณะคำถามทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย ปัญหาในชุมชนที่พบมากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ

เป็นแบบประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจและด้านการจัดการกับปัญหา ของกรมสุขภาพจิตจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ตัวเลือก คำถามกลุ่มที่ 1 คำถามกลุ่มที่ 2

ไม่จริง	1	4
จริงบางครั้ง	2	3
ค่อนข้างจริง	3	2
จริงมาก	4	1

ข้อคำถามกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20

ข้อคำถามกลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 1, 5, 14, 15, 16

การแปลผลคะแนน

ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ข้อ 1-10)

คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 27 คะแนน หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

คะแนนเฉลี่ย 27-34 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนนมากกว่า 34 คะแนน หมายถึง สูงกว่า

เกณฑ์ปกติ

ด้านกำลังใจ (ข้อ 11-15)

คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 14 คะแนน หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

คะแนนเฉลี่ย 14-19 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนนมากกว่า 19 คะแนน หมายถึง สูงกว่า

เกณฑ์ปกติ

ด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16-20)

คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 13 คะแนน หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

คะแนนเฉลี่ย 13-18 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนนมากกว่า 18 คะแนน หมายถึง สูงกว่า

เกณฑ์ปกติ

ด้านความเข้มแข็งทางใจโดยรวม

คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 55 คะแนน หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

คะแนนเฉลี่ย 55-69 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนนมากกว่า 69 คะแนน หมายถึง สูงกว่า

เกณฑ์ปกติ

(กรมสุขภาพจิต, 2550)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงาน

ยาเสพติดจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเงา ผู้รับผิดชอบงาน สุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และอาจารย์ ประจำภาควิชาสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) สำหรับแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรม สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขมีความเชื่อมั่นได้สัมประสิทธิ์ แอลฟา(Cronbach' Alpha Coefficient) = 0.749

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเงาถึงนายอำเภอเงาในฐานะผู้อำนวยการศูนย์บำบัด ยาเสพติดอำเภอเงา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แผนการเก็บ รวบรวมข้อมูล และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจัดทำ หนังสือเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความ สัมผัสใจพร้อมแนบบทอบริการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งหาก ไม่ยินยอมเข้าร่วมจะไม่มีผลต่อการทำกิจกรรมในศูนย์บำบัดใด ๆ ทั้งสิ้น หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้ทำกิจกรรมตาม รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติด โดยมีการตอบแบบประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา

เมษายน – มิถุนายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องแล้ว บันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ และ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติดังนี้

- 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
- 2) สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การ ทดสอบค่าที (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังเข้าร่วมการวิจัย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การปกป้องผลประโยชน์อันตรัยและข้อมูลเพื่อให้กลุ่ม ตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการวิจัย (Confidentiality) กระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนจะมีการสื่อสารข้อมูล

ให้กลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวและชุมชนได้รับทราบอย่างกระจ่าง ทุกขั้นตอนในกระบวนการวิจัย กิจกรรมในการวิจัยมีความ ยืดหยุ่น ปรับได้ตามบริบท เพื่อให้มีความเหมาะสมและเกิด ประโยชน์สูงสุด มีการขออนุญาตทำการวิจัยโดยการจัดทำ หนังสือชี้แจงและเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมแนบท้าย แบบตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยตลอดจนการขออนุญาต เผยแพร่นำเสนอข้อมูลต่อผู้อื่น โดยผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการชี้แจง และแจ้งให้ทราบเมื่อมีการนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปอภิปราย หรือตีพิมพ์เผยแพร่ สำหรับข้อมูลในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะเก็บ รักษาไว้ในสถานที่ที่มีความปลอดภัยคือตู้ที่มีกุญแจล็อกซึ่งผู้วิจัย สามารถเข้าถึงได้เพียงผู้เดียวและจะมีการทำลายข้อมูลภายหลัง การเผยแพร่ผลการวิจัยแล้วในระยะเวลา 1 ปี ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบได้ของข้อมูล

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 26.74 สถานภาพโสด ร้อยละ 76.74 ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 68.60 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวปีละ 10,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 69.77 อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองและพ่อแม่ ร้อยละ 100 ปัญหาในชุมชนที่พบมากที่สุด ได้แก่ ยาเสพติด และความยากจน มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง ร้อยละ 11.63

2. รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัด ยาเสพติดที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ทางใจในผู้บำบัดยาเสพติด ประกอบด้วย

2.1 กิจกรรมประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนและ แต่งตั้งคณะกรรมการเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเป็นการ ดึงเครือข่ายในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

2.2 การเสริมสร้างการเห็นคุณค่าของตัวเอง ซึ่งพบว่าทำให้ผู้บำบัดยาเสพติดได้มองเห็นคุณค่าของตัวเอง ทั้งด้านลักษณะนิสัย ด้านความกตัญญูและสายใยครอบครัวและ ด้านความชำนาญทั้งในด้านการประกอบอาชีพและด้านกีฬา

2.3 การเสริมสร้างการการเห็นคุณค่าของผู้อื่น ซึ่งพบว่าทำให้ผู้บำบัดยาเสพติดมองเห็นคุณค่าของตนเองจาก การมองของผู้อื่น ทั้งในด้านลักษณะนิสัยและจิตใจ ด้านทัศนคติ ด้านการปฏิบัติตนที่ดีและด้านความหวังและกำลังใจในการใช้ ชีวิต

2.4 กิจกรรมจัดทำเวทีเสวนากลุ่มสายสัมพันธ์ ที่คิดถึงที่มีการคืนข้อมูลความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกระบวนการ และการใช้คำพูดชักชวน/ชักจูงโน้มน้าวจิตใจจากผู้เข้าร่วมใน เวที จนเกิดกำลังใจที่สำคัญในการเดินทางต่อไป

2.5 การตั้งจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นการสร้างกลไก ในการตั้งเป้าหมายของผู้บำบัดให้มีเป้าหมายที่ชัดเจนภายหลัง ออกจากค่ายบำบัดและจบกระบวนการวิจัย

2.6 การเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจ เป็นการสร้าง กลไกในการขับเคลื่อนการป้องกันการกลับมาเสพยาซ้ำในชุมชน โดยมาทุกภาคส่วนในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจภูธรจาวที่รับผิดชอบในแต่ละตำบล ซึ่งนำไปสู่ความร่วมมือในการดำเนินงานและความรับผิดชอบ ร่วมกัน

2.7 การถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานและ พัฒนาข้อเสนอแนะมาตรการในการป้องกันกลับมาเสพยาซ้ำใน ชุมชน

3. ผลการเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจก่อนและ หลังเข้าร่วมการวิจัย ได้ผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย (n=86)

องค์ประกอบ	ก่อนเข้าร่วม			หลังเข้าร่วม			ค่า t	p-value
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล		
1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	25.25	5.42	ต่ำกว่าเกณฑ์	30.25	5.47	ปกติ	0.91	<0.001
2. ด้านกำลังใจ	12.31	2.97	ต่ำกว่าเกณฑ์	16.32	2.97	ปกติ	0.50	<0.001
3. ด้านการจัดการกับปัญหา	10.57	3.53	ต่ำกว่าเกณฑ์	15.58	3.51	ปกติ	0.59	<0.001
ความเข้มแข็งทางใจโดยรวม	48.14	10.73	ต่ำกว่าเกณฑ์	62.15	10.71	ปกติ	1.81	<0.001

(* P-value < 0.05)

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ของคะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนเข้าร่วมการวิจัยเท่ากับ 48.14 (S.D.=10.73) หลังเข้าร่วมการวิจัยมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ของคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 62.15 (S.D.=10.71) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผล

1. จากผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติด อำเภอองาว จังหวัดลำปาง ประกอบด้วยกิจกรรมหลักที่สำคัญ ได้แก่ 1) การมองเห็นคุณค่าของตัวเอง 2) การเห็นคุณค่าของตนเองจากการมองของผู้อื่น 3) สายสัมพันธ์ที่คิดถึงและ 4) จุดมุ่งหมายในชีวิตและการเยี่ยมบ้านเสริมกำลังใจสอดคล้องกับแนวคิดพลังสุขภาพจิตหรือภูมิคุ้มกันทางใจ(RQ) (สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต, 2548) ที่กล่าวไว้ว่า หลักคิดในการพัฒนาตนเองให้มีอาร์คิว (RQ) ที่สำคัญคือ 4 ประการ คือ ปรับอารมณ์ ปรับความคิดปรับพฤติกรรม ปรับเป้าหมาย เต็มศรัทธา เต็มมิตรและเต็มจิตใจให้กว้าง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องเตรียมให้พร้อมก่อนเพื่อให้มีภูมิคุ้มกันทางใจ เมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันทางใจที่ดีก็สามารถต่อสู้กับเหตุการณ์เลวร้ายต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้สอดคล้องกับหลักการเสริมสร้างพลังที่ยึดหลัก “พลังฮึด” เพื่อแปรเปลี่ยนความคิดความเชื่อ โดยไม่ยอมปล่อยตัวเองให้จมปลักกับการใช้ชีวิตความรู้สึกหรือความคิดที่เป็นทุกข์นานเกินไปผ่านการเสริมสร้างการมองเห็นคุณค่าในตนเอง “พลังฮึด” ที่มีกำลังใจที่ได้จากการสนับสนุนของครอบครัวผ่านการเห็นคุณค่าของตนเองจากการมองของผู้อื่น และ “พลังสู้” นำพาชีวิตให้ดีขึ้นและเติบโต (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สามารถก้าวข้ามวิกฤตชีวิตครั้งนี้ได้ ซึ่งผลการวิจัยแสดงว่า ค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเพิ่มมากขึ้นหลังการใช้รูปแบบความเข้มแข็งทางใจ เนื่องจากรูปแบบสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเน้นความสำเร็จและข้อดีในตัวเองมากกว่าการเน้นในการค้นหาจุดอ่อนของบุคคล เปลี่ยนจากการมองหาความเจ็บป่วยทางจิตมาสู่การแสวงหาและสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีเปลี่ยนจากผู้อ่อนแอมาเป็นผู้เข้มแข็งได้ในที่สุด (Grotberg, 2003) ซึ่งภายหลังการทำกระบวนการกลุ่มมีการสะท้อนเป้าหมายการมุ่งให้เห็นคุณค่าของตนเองจากมุมมองของตนเองและครอบครัว การค้นหาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจทั้งจากครอบครัว

และครอบครัว ตลอดจนมีการประสานภาคีเครือข่ายในการดูแลให้ความช่วยเหลือ การติดตามให้คำแนะนำกลุ่ม จะสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติดได้เนื่องจากรูปแบบขบวนการชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเห็นค่าของตนเองและเห็นปัจจัยหลายๆด้าน เมื่อผู้บำบัดเห็นคุณค่าในตนเองก็มีส่วนทำให้ระดับความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ นาคพรม (2565) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ที่พบว่าการจัดกิจกรรมที่เน้นการสร้างพลังสุขภาพจิตให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้สะท้อนความคิด รวมทั้งให้ฝึกปรับความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวก ฝึกการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น และฝึกการจัดการอารมณ์และการสื่อสารทางบวก ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง มีความหวัง มีความสุขและสามารถเปลี่ยนเรื่องร้ายให้กลายเป็นดีได้

2. ผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติด พบว่า ภายหลังเข้าร่วมการวิจัยรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติด อำเภอองาว จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชราวิไล ควรเนตร, เพ็ญญาแดงด้อมยุทธ์และรัชณี อุปเสน (2557) ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวสู่ภาวะปกติภายหลังการพบเหตุวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิตเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ยิ่งไปกว่านั้นผู้มีพลังสุขภาพจิตที่มากขึ้นยังสามารถใช้วิกฤตเป็นโอกาส สามารถยกระดับความคิดจิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากเหตุการณ์วิกฤตนั้นผ่านไป และสอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี ปัญญาวิรัชชัยและสมหมาย วงษ์กวน (2566) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอันเนื่องมาจากมีการจัดกิจกรรมที่เน้นฝึกการปรับความคิด การให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น การจัดการอารมณ์อย่างถูกต้องและการสื่อสารทางบวก

สรุปผล

รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย การมองเห็นคุณค่าของตัวเอง และการเห็นคุณค่าของตนเองจากการมองของผู้อื่น เพื่อปรับอารมณ์และความคิด ตลอดจนมีการสร้างภาพฝันหรือภาพจำเพื่อให้เกิดการตั้งเป้าหมายในชีวิต ซึ่งสามารถให้คำจำกัดความได้ว่าเป็นการเสริมสร้างพลังใจ อึด อึด สู้ ประกอบกับการมีทางสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวและสังคมที่มีมุมมองด้านทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่ดีต่อผู้บำบัด รวมทั้งมีเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่คอยเสริมสร้างพลังใจอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นไป

ตามหลักการของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจส่งผลให้ผู้บำบัดยาเสพติดมีความเข้มแข็งทางใจที่มากขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

หากต้องดำเนินงานในครั้งต่อไปการทำให้กิจกรรมกลุ่มควรมีรูปแบบการละลายพฤติกรรม เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับวิทยากรก่อนดำเนินการเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการเปิดใจในการทำกิจกรรมและควรมีการติดตามให้ความช่วยเหลือผู้บำบัดยาเสพติดผ่านการเยี่ยมบ้านและเสริมกำลังใจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กรมราชทัณฑ์. (2566). รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วประเทศ. กระทรวงยุติธรรม.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ. กระทรวงสาธารณสุข
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือสร้างสรรค์พลังใจให้วัยทีน (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่2). สำนักพิมพ์บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด
- พัชราวลัย วรรณนตร, เพ็ญนภา แดงต่อมยุทธ์,และรัชณี อุปเสน. (2557) .*โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*.วิทยานิพนธ์ พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประภาศรี ปัญญาวิชัยและสมหมาย วงษ์กวน. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*,16(2), 272-286.
- ประจวบ แหลมหลักและคณะ. (2557). ปัญหายาเสพติดในสังคมไทยมุมมองทางสังคมวิทยา. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุข และการศึกษา*,15(3), 8.
- สมพงษ์ นาคพรม. (2565). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*,33(1), 224-238.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2560). *มาตรฐานศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มผู้เสพยาติด* (พิมพ์ครั้งที่1). สำนักพิมพ์บริษัท บอรัณ ทู ปี พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2565). *หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อึด อึด สู้ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2* (พิมพ์ครั้งที่3). สำนักพิมพ์บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด
- สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต. (2548). *พลังสุขภาพจิต RQ*.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจางาว. (2566). *รายงานการคัดกรองการใช้สารเสพติดอำเภอจางาว ปีงบประมาณ 2566*.
- Grotberg, E. (2003). Resilience for today: Gaining strength from adversity.

**ประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์**
Effectiveness of Motivational Interview Program for Behavior
Modification in Type 2 Diabetes Patients with Uncontrolled Blood Glucose
at Sapandum Community Health Center, Sawan Pracharak Hospital

Chanunporn Mongkholrangsali

Sawanpracharak Hospital

ชนันพร มงคลรังสฤษฎ์

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Received : 14 May 2024, Received in revised form : 1 July 2024, Accepted : 12 July 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษา 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินการตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบและแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired sample's t-test และ Independent sample's t-test ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research is a quasi-experimental study employing a non-equivalent two-group pretest-posttest design. The purpose of the research was to study the effectiveness of a motivational interview program in changing the behavior of patients with type 2 diabetes who were unable to control their blood glucose levels. The sample consisted of type 2 diabetic patients who were unable to control their blood glucose levels at Saphan Dam Community Health Center, Sawan Pracharak Hospital, Nakornsawan Province. A total of 64 individuals were selected through stratified random sampling and assigned to either the experimental group (32 participants) or the control group (32 participants) using a matching method. The experimental group participated in the motivational interview program designed to change behavior whereas the control group was free of the intervention program. Data collection included a test form and a questionnaire. Data analysis was conducted using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired sample's t-test, and independent sample's t-test. The research results showed that after the experiment, the experimental group demonstrated significant improvements in several areas compared to their pre-experiment levels

and the control group. These areas included knowledge about diabetes, health beliefs about diabetes, self-management behaviors for controlling blood glucose levels, and hemoglobin A1C levels. These improvements were statistically significant at the 0.05 level.

Keyword : Motivation interview program, Behavior modification, Type 2 diabetes patient

บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ คาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน องค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2573 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน ทั้งนี้ จากรายงานสถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวาน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและยังมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มจำนวนมากขึ้น และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2562 – 2563 พบว่า ความชุกของเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปีพ.ศ. 2563 มีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.90 ปี พ.ศ. 2557 จากร้อยละ 8.90 เป็นร้อยละ 9.50 และสัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นลดลงจากร้อยละ 43.10 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 30.6 ในปี พ.ศ. 2562-2563 และผลของการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.50 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 26.30 ในปี พ.ศ. 2562 - 2563 (วิชัย เอกพลากร, 2564) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตวาย สูญเสียอวัยวะ และสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 สำหรับจังหวัดนครสวรรค์พบอัตราชุกของโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 7.95, 8.11 และ 8.48 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2562 – 2566 ศูนย์สุขภาพชุมชนสะพานดำพบอัตราชุกของโรคเบาหวานเท่ากับ ร้อยละ 8.09, 8.14 และ 8.46 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าถ้าไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมจะทำให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มจำนวนสูงขึ้นตามไปด้วย (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ, 2566) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำซึ่งเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

จังหวัดนครสวรรค์ ใช้การดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และจากข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยพิจารณาจากค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 ในปี พ.ศ. 2562 - 2566 เท่ากับร้อยละ 46.77, 51.34, 52.53 , 47.88 และ 50.83 ตามลำดับ และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง ขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2566)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) เป็นแนวคิดสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของบุคลากรด้านสาธารณสุขในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการที่เน้นขั้นตอนในการประเมินความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตั้งเป้าหมายร่วมกันในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การอภิปรายปัญหา และอุปสรรคและการวางแผนการติดตาม (Five A's model of self-management support) (Glasgow, Davis, Funnell & Beck, 2003) การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) เป็นเทคนิคได้รับการประยุกต์ให้เหมาะสมกับการใช้ในผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรัง (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2565) ซึ่งเป็นการดูแลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจโดยไม่เกิดความลังเล โดยนำทฤษฎีมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนทนาเพื่อสนับสนุนแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ตั้งแต่การกินยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด

การสร้างแรงจูงใจเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมแสดงความคิดเห็น ทศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึก มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและตั้งเป้าหมายในการป้องกันโรคเบาหวาน พร้อมทั้งให้การสนับสนุนและเสริมแรงอย่างเหมาะสม โดยการให้คำแนะนำและคำปรึกษาเรื่องความรู้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีการวางแผนการดูแลตนเองร่วมกัน รวมทั้งส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าปฏิบัติตามคำแนะนำได้ การได้รับคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในความสามารถของตน โดยผู้วิจัยสามารถกระตุ้นเตือนผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ทางโทรศัพท์ การเป็นกำลังใจ และแรงสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติตนที่บ้านได้ด้วยตนเอง (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2565)

โปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ ในครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's model of self-management support) (Glasgow, Davis, Funnell & Beck, 2003) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model: HBM) (Becker & Maiman, 1978) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) (Bandura & Wood, 1989) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมโดยประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเองและฝึกทักษะการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง วางแผนการจัดการตนเอง และติดตามผลการจัดการตนเองจนเกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองและแก้ไขปัญหาค่าต่าง ๆ ที่กระทบต่อสุขภาพของตนเองได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ก่อนและหลังทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (non - equivalent two groups pretest - posttest design) ครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ เอกสารรับรองเลขที่ COA 8/2566 วันที่รับรอง 20 พฤศจิกายน 2566 สิ้นสุดการรับรองวันที่ 19 พฤศจิกายน 2567 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จำนวน 347 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009) โดยกำหนด

ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.92 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) และสุ่มจำแนกกลุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment) ด้วยวิธีการจับคู่ (Matching subject) โดยผู้วิจัยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันของคุณลักษณะทางประชากร แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ จำนวน 32 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบทดสอบและแบบสอบถาม ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร KR - 21 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 3) แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ใช้การวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item content validity index : I-CVI) และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.89 - 1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดทุกข้อคำถาม และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับพบว่า มีค่าเท่ากับ 0.98 ซึ่งผ่านเกณฑ์ตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้เช่นกัน ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.88

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2565) รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's model of self-management support) (Glasgow, Davis, Funnell & Beck, 2003) และประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model: HBM) (Becker & Maiman, 1978) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy) (Bandura & Wood, 1989) โดยจัดให้กลุ่มทดลองเข้ากิจกรรมตามโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 7 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 1) การประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง (Assess) 2) การให้ข้อมูลและฝึกการจัดการตนเอง (Advise) 3) การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง (Agree) 4) การวางแผนการจัดการตนเอง (Assist) และ 5) การติดตามปัญหา/อุปสรรคในการจัดการตนเองที่บ้านและการแก้ไข (Arrange) ในส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการดูแลรักษาตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้วิจัยดำเนินการตามกิจกรรมโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 7 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ 1) ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) และดำเนินการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 2) ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเฝ้าระวังตนเอง ประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ให้ข้อมูลและฝึกทักษะการจัดการตนเอง ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง และวางแผนการจัดการตนเอง 3) ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสะท้อนปัญหา วางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยติดตามปัญหาอุปสรรคทางโทรศัพท์และการแก้ไขคำแนะนำที่ต้องการเพิ่มเติม และกระตุ้นเตือนเป็นกำลังใจ 4) ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษารายบุคคล ประเมินการจัดการตนเองความสำเร็จ/ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และวิธีการจัดการความต้องการความช่วยเหลือ รวมถึงการวางแผนจัดการตนเองต่อไป 5) ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มทดลองสะท้อนผลการจัดการตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมาย และวางแผนจัดการตนเองต่อไป 6) ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 6 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) และ 7) ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 12 ดำเนินการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมสหสาขาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สถิติ Paired sample's t-test

4.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมสหสาขาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สถิติ Independent sample's t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 40 – 44 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 37.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 50.00 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 46.55 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 78.13 ดัชนีมวลกาย 25 – 30 มากที่สุด ร้อยละ 40.63 มีโรคความดันโลหิตเป็นโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 62.50 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปีมากที่สุด ร้อยละ 43.75 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.50 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์ ร้อยละ 93.75 และส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 1 – 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 81.26 การรักษาที่ได้รับรับประทานยามากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 46.88

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.13 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 40 – 44 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 40.62 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 56.25 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 81.25 ดัชนีมวลกาย 25 – 30 มากที่สุด ร้อยละ 46.87 มีโรคความดันโลหิตเป็นโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 68.75 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.63 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 93.75 และส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 1 – 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 75 การรักษาที่ได้รับรับประทานยามากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 50

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการจัดโปรแกรมสหสาขาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ก่อนการจัดโปรแกรมสหสาขาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมไม่แตกต่างกัน ดังแสดงตารางที่ 1

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการจัดโปรแกรมสหสาขาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (n = 64)

ก่อนจัดโปรแกรม	n	\bar{X}	S.D.	\bar{X} difference	S.D. difference	t	df	p-value
ความรู้								
กลุ่มทดลอง	32	12.06	1.66					
กลุ่มควบคุม	32	12.03	1.89	0.03	0.23	0.700	62	0.994
การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
กลุ่มทดลอง	32	3.85	0.43					
กลุ่มควบคุม	32	3.80	0.39	0.05	0.04	0.540	62	0.592
การรับรู้ความรุนแรง								
กลุ่มทดลอง	32	3.67	0.37					
กลุ่มควบคุม	32	3.72	0.36	0.05	0.01	0.706	62	0.538
การรับรู้ประโยชน์								
กลุ่มทดลอง	32	3.64	0.41					
กลุ่มควบคุม	32	3.59	0.21	0.05	0.20	0.904	62	0.369
การรับรู้อุปสรรค								
กลุ่มทดลอง	32	3.42	0.48					
กลุ่มควบคุม	32	3.30	0.48	0.05	0.00	1.004	62	0.319
การรับรู้ความสามารถ								
กลุ่มทดลอง	32	3.25	0.35					
กลุ่มควบคุม	32	3.46	0.38	0.21	0.03	2.219	62	0.300
พฤติกรรมการจัดการตนเอง								
กลุ่มทดลอง	32	3.48	0.49					
กลุ่มควบคุม	32	3.52	0.52	0.04	0.03	0.074	62	0.941
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม								
กลุ่มทดลอง	32	8.26	0.65					
กลุ่มควบคุม	32	8.25	0.43	0.01	0.22	1.119	62	0.960

p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมสหสาขาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

หลังการจัดโปรแกรมสหสาขาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมสหสาขาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (n = 64)

กลุ่มทดลอง	n	\bar{X}	S.D.	\bar{X} difference	S.D. difference	t	df	p-value
ความรู้								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	12.06	1.66					
หลังการจัดโปรแกรม	32	16.56	1.52	4.50	0.14	13.159***	31	0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	3.85	0.43					
หลังการจัดโปรแกรม	32	4.47	0.35	0.62	0.08	5.361***	31	0.001
การรับรู้ความรุนแรง								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	3.67	0.37					
หลังการจัดโปรแกรม	32	4.53	0.24	0.56	0.13	10.634***	31	0.001
การรับรู้ประโยชน์								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	3.64	0.41					
หลังการจัดโปรแกรม	32	4.24	0.27	0.60	0.41	7.683***	31	0.001
การรับรู้อุปสรรค								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	4.60	0.29					
หลังการจัดโปรแกรม	32	3.85	0.33	0.75	0.04	9.974***	62	0.001
การรับรู้ความสามารถ								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	3.25	0.35					
หลังการจัดโปรแกรม	32	4.20	0.24	0.95	0.11	12.814***	31	0.001

วารสารสารานุกรมสุขภาพ (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567

กลุ่มทดลอง	n	\bar{X}	S.D.	\bar{X} difference	S.D. difference	t	df	p-value
พฤติกรรมการจัดการตนเอง								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	3.48	0.49					
หลังการจัดโปรแกรม	32	4.55	0.28	1.07	0.21	9.988***	31	0.001
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	8.26	0.65					
หลังการจัดโปรแกรม	32	7.12	0.36	1.14	0.29	-10.099***	31	0.001

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

หลังการจัดโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (n = 64)

กลุ่มควบคุม	n	\bar{X}	S.D.	\bar{X} difference	S.D. difference	t	df	p-value
ความรู้								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	12.03	1.89					
หลังการจัดโปรแกรม	32	14.28	1.22	2.25	0.67	6.637**	31	0.017
การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	3.80	0.39					
หลังการจัดโปรแกรม	32	3.79	0.34	0.01	0.05	0.047	61	0.964
การรับรู้ความรุนแรง								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	3.72	0.36					
หลังการจัดโปรแกรม	32	4.11	0.15	0.39	0.21	4.859**	31	0.014

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567

กลุ่มควบคุม	n	\bar{X}	S.D.	\bar{X} difference	S.D. difference	t	df	p-value
การรับรู้ประโยชน์								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	3.59	0.21					
หลังการจัดโปรแกรม	32	3.61	0.21	0.02	0.00	0.557	31	0.583
การรับรู้อุปสรรค								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	3.30	0.48					
หลังการจัดโปรแกรม	32	3.85	0.33	0.55	0.15	5.700**	31	0.011
การรับรู้ความสามารถ								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	3.46	0.38					
หลังการจัดโปรแกรม	32	3.87	0.17	0.41	0.21	1.964	31	0.069
พฤติกรรมจัดการตนเอง								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	3.48	0.49					
หลังการจัดโปรแกรม	32	3.87	0.17	0.39	0.32	3.339**	31	0.013
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม								
ก่อนการจัดโปรแกรม	32	8.25	0.43					
หลังการจัดโปรแกรม	32	8.22	0.52	0.03	0.09	-0.363	31	0.718

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

5. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการจัดโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

หลังการจัดโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ตีความก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการจัดโปรแกรมสหสาขาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (n = 64)

หลังจัดโปรแกรม	n	\bar{X}	S.D.	\bar{X} difference	S.D. difference	t	df	p-value
ความรู้								
กลุ่มทดลอง	32	16.56	1.523					
กลุ่มควบคุม	32	14.28	1.892	2.28	0.36	6.605*	62	0.049
การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
กลุ่มทดลอง	32	4.47	0.35					
กลุ่มควบคุม	32	3.79	0.34	0.68	0.01	7.739***	62	0.001
การรับรู้ความรุนแรง								
กลุ่มทดลอง	32	4.53	0.24					
กลุ่มควบคุม	32	4.11	0.15	0.42	0.09	8.139***	62	0.001
การรับรู้ประโยชน์								
กลุ่มทดลอง	32	4.24	0.27					
กลุ่มควบคุม	32	3.61	0.21	0.63	0.06	9.909***	62	0.001
การรับรู้อุปสรรค								
กลุ่มทดลอง	32	4.60	0.29					
กลุ่มควบคุม	32	3.85	0.33	0.75	0.04	9.974***	62	0.001
การรับรู้ความสามารถ								
กลุ่มทดลอง	32	4.20	0.24					
กลุ่มควบคุม	32	3.87	0.17	0.33	0.07	6.189***	62	0.001
พฤติกรรมการจัดการตนเอง								
กลุ่มทดลอง	32	4.55	0.28					
กลุ่มควบคุม	32	3.87	0.17	0.68	0.11	11.570***	62	0.001
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม								
กลุ่มทดลอง	32	7.12	0.36					
กลุ่มควบคุม	32	8.22	0.52	1.10	0.16	-9.680***	62	0.001

p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

อภิปรายผล

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมุติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานด้านการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะในเรื่องจากการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา มีการใช้ตัวแบบด้านลบเพื่อสร้างรับรู้ถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแก่กลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการบรรยายประกอบภาพนิ่ง (PowerPoint) ตลอดจนให้กลุ่มตัวอย่างรับชมวิดีโอทัศนคติ วิดีโอภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคเบาหวานที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และให้กลุ่มทดลองประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามความเป็นจริงของตนเอง เพื่อค้นหาพฤติกรรมที่บกพร่อง และนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ส่วนขาดไปดำเนินการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นรายบุคคลโดยเน้นให้กลุ่มทดลองทำการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคเบาหวานอย่างเหมาะสมตามคำสั่งแพทย์ มีการกำหนดเป้าหมายของการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และฝึกวิธีการลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก มีการเสริมแรงตนเอง ตลอดจนจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและมีการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเทคนิคการ

สนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) สอดแทรกในโปรแกรมและให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสนทนาเพื่อกำหนดทิศทางและเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค้นหาแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการให้ข้อมูลและเสนอทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายของกลุ่มทดลอง ในขณะที่ทำการเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาผู้วิจัยตั้งคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยรับฟังในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างพูดสะท้อนและการสรุปความเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันด้วยกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดกระทำตามโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงทำให้หลังการทดลองผลการทดลองเป็นไปตามสมมุติฐานที่ผู้วิจัยตั้งไว้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี คาคีวี (2566) ที่พบว่าโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเทอดศักดิ์ เดชคง (2563) ที่พบว่าโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจส่งผลทำให้ระดับการควบคุมการตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาช่วงอดอาหาร (Fasting plasma glucose test: FPG) ระหว่างก่อนรับโปรแกรมกับหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันที หลังจบโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของอภิสร่า อึ้งรวงศ์ (2566) ที่พบว่าโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้นและการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของผู้ป่วยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผล

หลังการเข้าร่วมที่ได้รับโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นได้
2. ควรจัดทำคู่มือบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคู่มือบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานมาใช้เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการจัดการพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมายที่แพทย์และผู้ป่วยกำหนดร่วมกัน
3. ควรส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ

ดูแลผู้ป่วยเบาหวานใช้โปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยทุกรายอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาดำเนินการเพียง 12 สัปดาห์ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ดังนั้น ควรขยายระยะเวลาโครงการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว
2. ควรนำเทคนิคการสร้างความรู้ด้านสุขภาพมาใช้บูรณาการในโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
3. ควรนำเทคนิคการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมาใช้บูรณาการร่วมกับโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

เอกสารอ้างอิง

- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2563). ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(3), 134-145.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2565). *แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ:เป็ยอนด์พับลิชชิง.
- ธีรภาพ เสาทอง. (2563). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 32(2), 19-32.
- ยุวดี คาศิวี. (2566). ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(2), 390-398.
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ. (15 พฤศจิกายน 2566). *ข้อมูลตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ*.
<https://nsn.hdc.moph.go.th/hdc/>.
- วิชัย เอกพลากร. (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. กรุงเทพฯ: กราฟิคอาร์ต.
- โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. (2566). *เอกสารสรุปผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. นครสวรรค์: ศูนย์แพทย์ (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.
- อภิสราร อารังวรานุ. (2566). ผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้นและการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมหมอครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, 13(1), 1-11.
- Becker, M. N. & Maiman, L. A. (1978). Socialbehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(3), 10-14.
- Bandura, A., & Wood, R.E. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision-making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 805-814.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G.(2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
<https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>.
- Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(11), 563-574.

ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง

The Effect of the Health Literacy Program on Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients, Ban Haeng Tai Health Promoting Hospital, Ngao District, Lampang Province

Mayuria Rungcharoenareejit

Ban Haeng Tai Sub-district
Health Promoting Hospital

มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้
อำเภองาว จังหวัดลำปาง

Received : 28 May 2024, Received in revised form : 4 July 2024, Accepted : 12 July 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าจากนั้นจับคู่เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93 และ 0.80 ตามลำดับ และการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired sample's t-test และ Independent sample's t-test ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีข้อเสนอแนะให้ส่งเสริมการจัดโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ให้สอดคล้องกับวัย พื้นฐานความรู้ และใช้สื่อการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

คำสำคัญ : โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of health literacy program on health literacy among patients with uncontrolled type 2 diabetes. Purposive sampling was used, to select diabetes patients from Ban Haeng Tai Health Promoting Hospital, Ngao District, Lampang Province. The patients were then paired into an experimental group and a control group, each consisting of 31 individuals. The research instruments included a health literacy program with a content validity index of 1.00 and health literacy and health behaviors assessment with reliability coefficients of 0.93 and 0.80, respectively. Moreover, fasting blood sugar was tested. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, pair t-test and independent t-test.

The results after the experiment, the experimental group had mean scores of health literacy and health behaviors, both of which were higher than the pre-experiment and more than the control group. Additionally, the experimental group's mean scores after the experiment for health literacy and health behaviors were higher than those of the control group. The experimental group also had a lower fasting blood sugar level compare to the control group, which was statistically significant at the 0.05 level.

conclusion, Health literacy affects self-care behaviors; therefore, it is important to promote and organize health literacy enhancement programs that are tailored to different age groups. These programs should be consistent with the participants' foundational knowledge and utilize teaching materials appropriate for each age group.

Keywords: Health literacy program, type 2 diabetes mellitus patients

บทนำ

ในปี 2564 สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 รายในทุก ๆ 5 วินาที จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ในปี 2561-2565 จังหวัดลำปางพบผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 43664, 44391, 47922, 50227 และ 52014 คน ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 13.19, 20.73, 21.98, 24.50 และ 27.81 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2565) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 2,684 ราย ในปี 2564 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวนทั้งหมด 192 ราย ได้รับการตรวจน้ำตาลสะสมจำนวน 173 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.10 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.94 ผลการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2563 คิดเป็นร้อยละ 28.97, 19.73, 20.25, 25.94 และ 25.84 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้, 2564) ผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและด้านโรคและการรักษา ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อาจเนื่องจากขาดความรู้ด้านสุขภาพ เพราะความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นลักษณะของบุคคลและทักษะทางสังคม เพื่อสร้างความเข้าใจ ใช้ข้อมูล และการใช้บริการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติ

ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพหากประชาชนได้รับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพก็จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น (จิรภัค สุวรรณเจริญ และคณะ, 2564)

ความรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นเครื่องมือที่ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพมี 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2) มีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 5) การจัดการตนเอง (Self-management) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media-literacy) (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2564) ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam D., 2000) มาประยุกต์ใช้สร้างเป็นโปรแกรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และองค์การอนามัยโลกมุ่งเน้นการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพเพราะการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้เกิดการขึ้นระบบสุขภาพของประชาชนทำให้คาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง (พรวิจิตร ปานนาค และคณะ, 2560) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง ซึ่งการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ซึ่งจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนด้วยตัวเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ก่อนทดลองและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ก่อนทดลองและหลังการทดลอง

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัด ผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โครงการเลขที่ 072/2567 เอกสารรับรองเลขที่ E2566-064 วันที่รับรอง 15 มิถุนายน 2566 สิ้นสุดการรับรองวันที่ 15 มิถุนายน 2567 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อายุ 30-65 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแห่งใต้ จำนวน 102 คน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ใกล้เคียงเป็นการศึกษาผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (อารยา เชียงของ, พัชรี ดวงจันทร์, และอังศินันท์ อินทรกำแหง, 2561) ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 1.65 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ แสดงถึงผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองสูง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.8 และค่าแอลฟาที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน และสำรองเพิ่มในกรณีเก็บข้อมูลได้ไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 10.0 เป็นกลุ่มละ 31 คน รวมทั้งสิ้น 62 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ใกล้เคียงกัน เช่น อายุ ระดับการศึกษา และค่าระดับน้ำตาลในเลือด จากนั้นเชิญชวนเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและทำการจับคู่ (Match pair) เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพใกล้เคียงกันมากที่สุด จำนวนกลุ่มละ 31 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแห่งใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง

ที่มีอายุระหว่าง 30-65 ปี 2) มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 ที่ได้รับการตรวจในปี 2565 3) ได้รับการรักษาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน 5) สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ 6) ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งมีเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด 2) มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และ 3) ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดฉีดอินซูลิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสร้างโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.2 แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเนื้อหาเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (3 ข้อ) ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา แบ่งเป็นคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ อายุ และแบบตรวจสอบรายการ (Check lists) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา และส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ตอนที่ 1 ทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 16 ข้อ ตอนที่ 2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 3 ข้อ ตอนที่ 3 ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 5 ทักษะ

การตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 4 ข้อ และตอนที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับตั้งแต่ 0–3 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (อารยา เชียงของ และคณะ, 2561) คือ ระดับไม่เพียงพอ (<60%) ระดับปานกลาง (60-79%) และระดับดี ($\geq 80\%$)

2.3 เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแห่งใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแห่งใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง

1) ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสร้างโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพและประยุกต์ใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (รัตนารณกุลารบ, 2564)

2) นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบเนื้อหาความเหมาะสมในการใช้ภาษาและนำมาปรับปรุงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 เพื่อตรวจสอบและพิจารณาด้านการใช้ภาษา ความตรง และความครอบคลุมของเนื้อหาข้อคำถาม

3) นำเครื่องมือมาคำนวณหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CV) โดยโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 0.93 และ 0.80 ตามลำดับ

3.2 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

1) ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อห้อย อำเภองาว จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน

2) นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ด้วย KR-20 แบบประเมิน

ทักษะการรู้คิดเกี่ยวโรคเบาหวานและแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นรายด้าน ได้แก่ ตอนที่ 1 ทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.75 ตอนที่ 2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.87 ตอนที่ 3 ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.83 ตอนที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 0.79 ตอนที่ 5 ทักษะการตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 0.74 และตอนที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.82

3) การวิเคราะห์ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) โดยมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแห่งใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาเครื่องมือ ประสานงาน เพื่อขอเก็บข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกและ ให้ทำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จากนั้นทำการจับคู่คะแนนความรู้ด้านสุขภาพเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ โดยให้ความรู้ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด แต่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีการผสมผสานกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้งใช้ระยะเวลาในการดำเนินงาน 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 คั้นข้อมูลสุขภาพ รู้ตนเอง สร้างความเข้าใจ ผู้วิจัยคั้นข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2565 รายบุคคล บรรยายความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความสามารถในการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ และความเข้าใจตัวเลขทางคณิตศาสตร์เชิงโภชนาการ และพลังงานอาหารต่อวัน ทำกิจกรรมกลุ่มคำนวณพลังงานอาหาร และการเลือกอาหารแลกเปลี่ยน การตั้งเป้าหมายการรับประทานอาหารกิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ปรับมุมมองการป้องกันตนเองจากโรคแทรกซ้อน มีการบรรยายความรู้หลักพื้นฐานการออกกำลังกาย การเสริมสร้างกิจกรรมทางกายและฝึกทักษะการตั้งเป้าหมายและกำกับตัวเอง บรรยายความรู้เรื่องการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพ การบริหารจัดการ อารมณ์ ความเครียด การฝึกสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต

การเข้าถึงและรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ แหล่งข้อมูลความรู้และการบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่ผู้สูงอายุ 1 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 ฝึกทักษะการสื่อสารด้วยการฝึกถาม-ตอบ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสะท้อนกลับ กิจกรรมต้นไม้มองฉันฝึกการวิเคราะห์ แยกแยะผลดี-ผลเสีย และความสามารถในการที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่ผู้สูงอายุ 2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 เพื่อให้กลุ่มทดลองได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริง และจำลอง สร้างแรงจูงใจและเสริมพลังอำนาจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเจ็บป่วยและแนวทาง/วิธีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่สามารถลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค พร้อมทั้งติดตามเสริมกำลังใจ กิจกรรมที่ 5 สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมเสริมสร้างพลังใจในการเป็นแบบอย่างที่ดี สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพโดยฝึกบทบาทและกำกับตัวเอง จัดเวทีเสริมสร้างพลังใจให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่คนในชุมชนผ่านการทำกิจกรรมกลุ่มให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามก่อนและหลังการทำกิจกรรมกลุ่ม

หลังการทดลอง ครบ 12 สัปดาห์ ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง n=31		กลุ่มควบคุม n=31		รวม n=62		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	6	19.35	11	35.48	17	27.42
	หญิง	25	80.65	20	64.52	45	72.58
อายุ	35-44 ปี	1	3.23	0	0	1	1.61
	45-54 ปี	5	16.13	8	25.81	13	20.97
	55-64 ปี	25	80.64	23	74.19	48	77.42
ระดับ การศึกษา	ไม่เคยเรียน	0	0	1	7.89	1	1.61
	ประถมศึกษา	27	87.10	25	65.79	52	83.87
	มัธยมศึกษา/ปวช.	4	12.90	5	26.32	9	14.52

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติการแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample's t-test

5.3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired sample's t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.65 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 55-64 ปี ร้อยละ 80.64 กลุ่มอายุ 45-54 ปี ร้อยละ 16.13 ปี และ กลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 3.23 ตามลำดับ และส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.10 และระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 12.90 ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.58 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 55-64 ปี ร้อยละ 77.42 กลุ่มอายุ 45-54 ปี ร้อยละ 20.97 ปี และ กลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 1.61 ตามลำดับ และส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.87 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 14.52 และไม่เคยเรียน ร้อยละ 16.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

วารสารสารานุกรมสุขภาพ (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample's t-test พบว่า ก่อนทดลอง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง (n = 62)

ตัวแปร	n	ก่อนทดลอง		t	df	p-value	หลังทดลอง		t	df	p-value
		\bar{x}	S.D.				\bar{x}	S.D.			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ											
กลุ่มทดลอง	31	41.23	6.34	-1.861	30	0.731	48.52	6.20	-4.767	30	<0.001*
กลุ่มควบคุม	31	38.71	10.86				40.84	7.59			
พฤติกรรมสุขภาพ											
กลุ่มทดลอง	31	37.10	5.24	-1.738	30	0.089	42.61	4.55	-4.712	30	<0.001*
กลุ่มควบคุม	31	33.97	3.99				34.74	3.98			
ระดับน้ำตาลในเลือด											
กลุ่มทดลอง	31	167.23	40.05	2.040	30	0.055	126.97	21.55	5.814	30	<0.001*
กลุ่มควบคุม	31	167.59	39.81				146.77	44.54			

*p ≤ 0.05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง

โดยใช้สถิติ Paired sample's t-test พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างจากก่อนทดลอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง (n = 62)

ตัวแปร	n	กลุ่มทดลอง		t	df	p-value	กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
		\bar{x}	S.D.				\bar{x}	S.D.			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ											
ก่อนทดลอง	31	41.23	6.34	-4.321	30	<0.001*	38.71	10.86	-1.875	30	<0.001*
หลังทดลอง	31	48.52	6.20				40.84	7.59			
พฤติกรรมสุขภาพ											
ก่อนทดลอง	31	37.10	5.24	-7.248	30	<0.001*	33.97	3.99	-1.743	30	<0.001*
หลังทดลอง	31	42.61	4.55				34.74	3.98			
ระดับน้ำตาลในเลือด											
ก่อนทดลอง	31	167.23	40.05	2.234	30	0.030*	167.59	39.81	2.041	30	0.050*
หลังทดลอง	31	126.97	21.55				146.77	44.54			

*p ≤ 0.05

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ โดยให้ความรู้ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด แต่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีการผสมผสานกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้งใช้ระยะเวลาในการดำเนินงาน 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้คืนข้อมูลสุขภาพรู้ตนเอง สร้างความเข้าใจ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความสามารถในการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ และความเข้าใจตัวเลขทางคณิตศาสตร์ ชงโภชนาการ และพลังงานอาหารต่อวัน ทำกิจกรรมกลุ่มคำนวณพลังงานอาหาร และการเลือกอาหาร รวมทั้งแลกเปลี่ยนการตั้งเป้าหมาย การรับประทานอาหาร การปรับมุมมอง การป้องกันตนเองจากโรคแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การเสริมสร้างกิจกรรมทางกาย และฝึกทักษะการตั้งเป้าหมายและกำกับตัวเอง การบริหารจัดการอารมณ์ ความเครียด การฝึกสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต การเข้าถึงและรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ แหล่งข้อมูลความรู้และการบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน การฝึกทักษะการสื่อสารด้วยการฝึกถาม-ตอบ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสะท้อนกลับ กิจกรรมต้นไม้ของฉัน ฝึกการวิเคราะห์แยกแยะผลดี-ผลเสีย และความสามารถในการที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริง และจำลอง สร้างแรงจูงใจและเสริมพลังอำนาจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเจ็บป่วยและแนวทาง/วิธีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่สามารถลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค พร้อมทั้งติดตามเสริมกำลังใจ ภายหลังได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ($\bar{x} = 42.61, S.D. = 4.55$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ($\bar{x} = 40.84, S.D. = 7.59$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 42.61, S.D. = 4.55$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 34.74, S.D. = 3.98$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ($\bar{x} = 126.97, S.D. = 21.55$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ($\bar{x} = 146.77, S.D. = 44.53$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา เชียงของ และคณะ (2561) พบว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้อัตราส่วนน้ำตาลสะสมลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรัตน์ รัตนวรางค์ และวิทยา จันทร์ทา (2560) พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาของจตุพร แต่งเมือง และเบญจามุกตพันธุ์ (2561) พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สรุปผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะทำให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินการวิจัยควรมีองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านทักษะการรู้คิด ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ต่อเนื่องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำไปโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไปใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรส่งเสริมการจัดโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ให้สอดคล้องกับวัย พื้นฐานความรู้ และใช้สื่อการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ และในช่วงอายุอื่นที่แตกต่าง
2. ควรเป็นการศึกษาระยะยาว โดยเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็น 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามความคงอยู่ของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานสถิติสาธารณสุข ประจำปี 2563*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- จตุพร แต่งเมือง และเบญจมา มุกตพันธ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสุขศึกษา*, 41(1), 103-113.
- จิรภัค สุวรรณเจริญ, ช่อเอื้อง อุทิศสาร, อนุรักษ เร่งรัด, วิทยุชฌม์ อยู่ในิสล และจิตรา ดุษฎีเมธา. (2564). การศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(2), 139-148.
- พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์ และเชษฐา แก้วพรม. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนา ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 91-106.
- รัตนารณณ์ กล้ารบ. (2564). *ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้. (2564). *รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานและผลการควบคุมระดับน้ำตาล ปี 2559-2564*. ลำปาง: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้.
- วรรณรัตน์ รัตนวรงค์ และวิทยา จันทร์ทา. (2560). ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 24(2), 34-51.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2565). *สถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัดลำปาง ปี 2561-2565*. คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center). <https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. (2564). *คู่มือกระบวนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- อารยา เชียงของ, พัชรี ดวงจันทร์ และอังคินันท์ อินทรกำแหง. (2561). *ผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้ด้วยการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for Contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health promotion international*. 2000; 15(3): 259-67.

การพยาบาลมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา

Nursing Care of Teenage Mother : A Case Study

Duangsuree Pansila

Khanu Woralaksaburi Hospital

ดวงสุรีย์ ปานศิลา

โรงพยาบาลขานูวรลักษบุรี

Received : 7 June 2024, Received in revised form : 10 July 2024, Accepted : 17 July 2024

บทคัดย่อ

ในการศึกษากรณีนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญของการพยาบาลมารดาวัยรุ่น คือ สามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปจนเข้าสู่ระยะคลอด เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจของมารดาวัยรุ่น และบุตร มารดาวัยรุ่นสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและบุตร รวมทั้งมีทักษะในการเลี้ยงดูบุตรและใช้ชีวิตครอบครัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมีความสุข และได้รับบริการวางแผนคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ การศึกษารายกรณีนี้ได้ นำแนวคิดและหลักการพยาบาลประยุกต์กับทฤษฎีการพยาบาล (King, I.M., 1981) ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ได้นำ ข้อมูลจากการมาฝากครรภ์ 5 ครั้ง การคลอดบุตรและหลังคลอดบุตร มาทำการศึกษา พบว่า มารดาวัยรุ่นไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขณะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดบุตร มารดาวัยรุ่นมีทักษะในการดูแลตนเองดีขึ้น สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ขณะตั้งครรภ์ไปจนถึงระยะคลอดบุตร มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตรเพิ่มขึ้น สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปจนเข้าสู่ระยะคลอดได้อย่างปลอดภัย ได้รับการคุมกำเนิดแบบยาฝัง (Implant) เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

คำสำคัญ : มารดาวัยรุ่น, แนวทางการพยาบาล, กรณีศึกษา

Abstract

In this case study, the goal of teenage mother nursing is to prevent premature birth and continue pregnancy until the delivery phase. To prevent and reduce physical and mental complications of adolescent mother and children, teenage mother can take care of their own health as have skills to raise child and live a happy family life when they return home. Receive an effective contraceptive planning service to prevent recurrence of pregnancy. This case study with nursing concepts and principles to King's nursing theory (King, I.M., 1981) In order to achieve the goals of total nursing, five maternity and postpartum were used for the study. It was found that adolescent mother had no complications during five antenatal care, labour care and postpartum care data. Teenage mother had better self-care skills and were able to behave properly during pregnancy stage to labour stage. With increased confidence in child rearing, the pregnancy can be continued until the delivery phase is safely reached and the implant contraception is provided to prevent recurrence of the pregnancy.

Keywords : Teenage mother, Nursing guidelines, Case study

บทนำ

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและแม่วัยรุ่นเป็นความสำคัญต่อระบบบริการสาธารณสุขที่จะต้องมีการให้บริการดูแลเฉพาะแบบองค์รวม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นบทบาทสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุขที่จะเป็นผู้นำหรือริเริ่มในการสร้างความเชื่อมโยงในการให้ความสำคัญและยึดหลักมาตรฐานการให้บริการสุขภาพ เพื่อช่วยลดปัญหาที่เนื่องมาจากการที่มารดาวัยรุ่น เช่น การตั้งครรรภ์ซ้ำภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการตั้งครรรภ์และการคลอด รวมทั้งการช่วยลดผลกระทบต่อภาระการทำงานด้านสาธารณสุข ภาระสังคมและภาระค่าใช้จ่ายของรัฐในระยะยาว(ประจวบ เหมลมหัก และคณะ, 2559)

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ระหว่าง ปี พ.ศ. 2564-2566 มารดาวัยรุ่นครรรภ์ อายุ 10-19 ปี ของ โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ตั้งครรรภ์ซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 12.36, 13.24 และ 13.70 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2566) ส่วนใหญ่มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เสี่ยงให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรรภ์ ขาดทักษะในการคุมกำเนิด อาจมีผลทำมารดาวัยรุ่นเกิดการตั้งครรรภ์ซ้ำได้ มารดาตั้งครรรภ์วัยรุ่นมีความวิตกกังวล มีความเครียดในการดูแลบุตร (ลำเจียก กำธร และจิณัฐตา ศุภศรี, 2565) ด้วยเหตุผลและปัญหาที่เกิดขึ้นกับมารดาวัยรุ่นตั้งครรรภ์ การดูแลมารดาเพื่อให้เกิดการผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อนำมาพัฒนาในการดูแลหญิงตั้งครรรภ์วัยรุ่นได้อย่างถูกต้อง ได้รับการวางแผนการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพป้องกันการตั้งครรรภ์ซ้ำ สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและบุตร มีทักษะในการดูแลบุตร เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการพยาบาลมารดาวัยรุ่นได้อย่างถูกต้อง ได้รับการวางแผนการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพป้องกันการตั้งครรรภ์ซ้ำ สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและบุตร เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่น โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย และจิตใจของมารดาวัยรุ่นและบุตร มีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุตร สามารถดำเนินการตั้งครรรภ์ต่อไปจนเข้าสู่ระยะคลอด
2. เพื่อให้มารดาวัยรุ่นได้รับบริการวางแผนคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรรภ์ซ้ำ

วิธีการศึกษา

1. เป็นการศึกษารายกรณี ของมารดาวัยรุ่นโดยการเลือกมารดาวัยรุ่นที่มาฝากครรรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร
2. รวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ระบบรายงาน ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, แบบประเมินความเครียด (ST-5), แบบประเมินโรคซึมเศร้า (2Q)
3. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสารวิชาการต่าง ๆ และแนวทางในการพยาบาลจากประสบการณ์ในการดูแลมารดาตั้งครรรภ์ที่ผ่านมา
4. จัดทำแนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่นเพื่อการพยาบาลที่เข้าถึงแบบองค์รวม
5. เสนอแนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่น แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบและร่วมกันปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง
6. เสนอแนะการใช้แนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่น ให้เจ้าหน้าที่ในแผนกทราบเพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
7. ติดตามเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้แนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่น
8. ประเมินผลการใช้แนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป มารดาวัยรุ่นหญิงไทยอายุ 15 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนา พุทธ สถานภาพ โสด อาชีพนักเรียน การศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร มารดาวัยรุ่นตั้งครรรภ์ระหว่างศึกษาฝากครรรภ์ซ้ำอายุครรรภ์ 35 สัปดาห์ กลัวผู้อื่นรู้และเกิดความอับอาย กลัวเพื่อนไม่ยอมรับ และรู้สึกผิดกับครอบครัว มีความวิตกกังวลในการตั้งครรรภ์และเลี้ยงบุตรหลังคลอด ไม่มีความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมขณะตั้งครรรภ์และขาดทักษะในการคุมกำเนิด

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ปวดท้อง ท้องแข็ง 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ครรรภ์ที่ 1 (G1P0A0L0) อายุครรรภ์ 39+6 สัปดาห์ EDC 7 กุมภาพันธ์ 2566 ฝากครรรภ์ทั้งหมด 5 ครั้ง ได้รับวัคซีนป้องกันคอตีบและบาดทะยัก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคติดต่อ ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ

ผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผลตรวจเลือดครั้งแรก VDRL - Nonreactive, Hct - 33%, MCV - 76, HIV - Negative, DCIP - Negative, HBsAg - Negative, Bl.gr - B, Rh - Positive

ผลตรวจเลือดของสามี MCV - 86, DCIP - Negative, HIV - Negative

ประเมินสุขภาพแรกรับ

สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส Lung Clear, Heart Normal, Abdomen Normal, Fetal heart sound 136/min , ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร, Eff 25%, Station 0, ท่าของทารกในครรภ์มารดา ROA, Hct แรกรับ 37.7%, EFM Reactive

กรณีศึกษา

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 05.00 น. แรกรับ มารดาวัยรุ่น อายุ 15 ปี G₁P₀A₀ อายุครรภ์ 39+6 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง ท้องแข็ง 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ตรวจวัดสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ตรวจครรภ์ระดับยอดมดลูก 3/4 มากกว่าสะดือ ทารกท่า ROA ศีรษะผ่านลงในอุ้งเชิงกราน อัตราการเต้นของหัวใจทารก 136 ครั้งต่อนาที คาคคเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 3,395 กรัม ทารกในครรภ์ดิ้นดี ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร บาง 25% ระดับส่วนน้ำ 0 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ (Membrane Intact) เจ็บครรภ์นาน ๆ ครั้ง มดลูกหดรัดตัว Interval (I)=30 นาที Duration (D)=30 วินาที Severity +1 แพทย์ให้เร่งคลอดด้วย 5% D/N/2 1,000 CC+ Syntocinon 10 unit IV 120 CC/hr. และเจาะถุงน้ำคร่ำ (ARM) น้ำคร่ำสีขุ่น (Clear) อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้งต่อนาที หลังให้ยาเร่งคลอดนาน 5 นาที มดลูกหดรัดตัว I=3 นาที D = 40 วินาที Severity +2 อัตราการเต้นของหัวใจทารก 152 ครั้งต่อนาที มารดาวัยรุ่นรอคลอดนาน 8 ชั่วโมง ไม่มีความก้าวหน้าในการคลอด รายงานแพทย์ทราบ

ต่อมาแพทย์ตรวจเย็บมดลูก มดลูกหดรัดตัว I =2 นาที D = 50 วินาที Severity +2 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 128 ครั้งต่อนาที ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดเท่าเดิม แพทย์ให้ Syntocinon อีก 20 unit รวมเป็น 30 unit ใน IV เดิม 120 CC/hr. ปากมดลูกเปิดหมด เวลา 13.45 น. ส่งเสริมการคลอด ระยะที่ 2 เชียร์เบ่งคลอด Head come ดูแลฉีดยาชา และ Rt.ML Episiotomy ทำคลอดศีรษะ (ไม่มี Cord พันคอ) ทารกคลอดปกติ เวลา 18.55 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,140 กรัม ลำตัวยาว 52 เซนติเมตร รอบศีรษะ 34 เซนติเมตร รูปร่างทั่วไปปกติ ร้องเสียงดังดี ตัวแดงดี แขนขาเคลื่อนไหวได้ดี กล้ามเนื้อแขนและขามีแรงดี การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอดี 160 ครั้งต่อนาที การหายใจสม่ำเสมอดี 52 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส ทำความสะอาดห่อตัวให้ความอบอุ่นร่างกายทารกแรกเกิด สร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นดูดนมแม่ (Early bonding and breast feeding) มารดาเสียเลือดจากการคลอด 250 ซีซี ความดันโลหิต 104/63 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้งต่อนาที รวมระยะเวลาในการคลอด 8 ชั่วโมง 55 นาที ระยะที่ 1 ใช้เวลา 8 ชั่วโมง 40 นาที ระยะที่ 2 ใช้เวลา 13 นาที ระยะที่ 3 ใช้เวลา 2 นาที

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดวันที่ 1 (วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 120/67 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส เปลี่ยนผ้าอนามัย เวรละ 1 ชิ้น ไม่ชุ่ม มดลูกหดรัดตัวดี ระดับยอดมดลูก 3 นิ้ว ไม่มีหน้ามืด ตาลาย ทรงตัวดี แนะนำให้คุมกำเนิดแบบยาฝัง (Implant) มารดาวัยรุ่นยินยอมคุมกำเนิดตามคำแนะนำ

มารดาวัยรุ่นหลังคลอด วันที่ 2 (วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566) สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 107/67 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส เปลี่ยนผ้าอนามัยเวรละ 1 ชิ้น ไม่ชุ่ม มดลูกหดรัดตัวดี ระดับยอดมดลูก 3 นิ้ว สามารถลุกเดินได้ ไม่มีหน้ามืด ตาลาย ทรงตัวดี ขับถ่ายปกติ นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน แพทย์อนุญาตให้มารดาและทารกกลับบ้าน มารดาวัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดแบบยาฝัง (Implant) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ที่ต้องมาพบแพทย์ การปฏิบัติตัวหลังคลอด นัดอีก 1 สัปดาห์ เพื่อดูผลสืบและการทำงานของน้ำนม นัดตรวจหลังคลอดอีก 42 วัน

การวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษา (ระหว่างวันที่ 6-8 กุมภาพันธ์ 2566) มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะรอคอย ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และระยะจำหน่ายกลับบ้าน ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะรอคอย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มารดาวัยรุ่นมีความวิตกกังวล เนื่องจากเป็นครรภ์แรกมีโอกาสการคลอดล่าช้า

ข้อสนับสนุน

1. มารดาวัยรุ่น บอกว่า ตนเองกลัวการคลอดบุตร
2. มารดาวัยรุ่น $G_1P_0A_0$
3. มารดาวัยรุ่น สีหน้ามีความวิตกกังวล และ ท่าทาง ไม่สุขสบาย
4. ประเมินความเครียด (ST-5) คะแนน 5/10 คะแนน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อให้มารดาวัยรุ่นคลายความวิตกกังวลและมีภาวะเครียดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาวัยรุ่นให้ความร่วมมือในการตรวจ และการรักษาอย่างเต็มที่
2. มารดาวัยรุ่นมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และมีท่าที่ผ่อนคลาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทักทายผู้ป่วยพูดคุยพร้อมสังเกตอาการ ด้วยท่าทางสุภาพ ใช้คำพูดที่สุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่าย แสดงท่าที่สนใจและตั้งใจฟัง เมื่อมีการซักถาม
2. ขออนุญาตผู้ป่วย/ให้เหตุผลก่อนให้การพยาบาล
3. ตรวจเยี่ยมให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและประสานกับแพทย์พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ของร่างกาย ให้กับมารดาวัยรุ่นฟัง เพื่อให้คลายความวิตกกังวล และเตรียมความพร้อมในการคลอดบุตร
4. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดสิ่งรบกวนต่างๆ
5. ประเมิน พร้อมบันทึกข้อมูลหลังให้การพยาบาลทุกเวร ได้ให้การพยาบาลต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด

การประเมินผล

1. มารดาวัยรุ่นให้ความร่วมมือในการตรวจและการรักษาพยาบาลด้วยความตั้งใจ
2. มารดาวัยรุ่นมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีท่าที่ผ่อนคลาย และมีความพร้อมในการคลอดบุตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดและทารกมีโอกาสการคลอดล่าช้าเนื่องจากครรภ์แรกอายุน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตรวจภายในพบ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร บาง 25% ระดับส่วนนำ 0
2. การหดตัวของมดลูก Interval (I) = 3 นาที Duration (D) = 40 วินาที Severity +2
3. ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยให้ $5\%D/N/2$ 1,000 CC+ Syntocinon 10 unit IV 120 CC/hr.
4. NST พบ Late decelerate FHS = 152 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มดลูกหดตัวแบบไม่คลาย น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด ทารกเสียชีวิตจากมดลูกหดตัวถี่และรุนแรงเกินไป

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดตัว Interval (I) = 2-3 นาที
2. Duration (D) = 40-60 วินาที
3. Fetal heart sound = 120-160 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา ภายหลังเดมยาลงในน้ำเกลือให้เขย้าน้ำเกลือจนกระจายทั่วเขยียนป้ายติดให้ชัดเจนด้วยหมึกสีแดง ในกรณีเดิมในขวดที่เหลือควรเขียนจำนวนที่เหลือ ยาที่เดิม และเวลาที่เดมยา
2. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ก่อนให้ยาและหลังให้ยา
3. อธิบายวัตถุประสงค์ของการให้ยาให้ผู้คลอดเข้าใจ แนะนำผู้คลอดและญาติไม่ให้ปรับน้ำเกลือเอง
4. ให้ยาแก่ผู้คลอดตามแผนการรักษาโดยพิจารณาจากการหดตัวของมดลูก ห้ามฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง ให้หยุดเข้าหลอดเลือดดำ ตรวจสอบอุปกรณ์ควบคุมการให้ยา เริ่มให้ยา 1-2 มิลลิลิตรต่อนาที (2-3 หยด ต่อนาที ถ้าผสมยา 10 ยูนิท ในน้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตร)
5. ในระยะ 15 นาทีแรกของการให้ยา ต้องเฝ้าดูการหดตัวของมดลูก เพื่อประเมินความไวของมดลูกต่อยา ถ้าปกติต่อไปประเมินทุก 30 นาที และทุกครั้งหลังปรับจำนวนหยด 2-3 นาที
6. ปรับจำนวนหยดของยาทุก ๆ 15-30 โดยเพิ่มครั้งละ 1-2 มิลลิลิตรต่อนาที จนกระทั่งมดลูกหดตัวดีคือ 40-60 วินาที

ระยะห่าง 2-3 นาทีและมีความแรงระดับดี ไม่ควรให้ยาเกิน 10 มิลลิยูนิตต่อนาที (12 หยดต่อนาที ถ้าผสมยา 10 ยูนิต ในน้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตร) ถ้ายังหดตัวไม่ดี ให้รายงานแพทย์ อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ว่าจะปรับเพิ่มอีกหรือไม่ ถ้าปรับเพิ่มได้ จะปรับเพิ่มไม่เกิน 20 มิลลิยูนิตต่อนาที

7. ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก ๆ 30 นาที เป็นอย่างน้อย เพราะมดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น เลือดที่ไปยังรกอาจลดน้อยลงมาก

8. ถ้าพบสิ่งผิดปกติ เช่น มดลูกหดตัวห่างน้อยกว่า 2 นาที หดตัวนานเกิน 90 วินาที เสียงหัวใจทารกผิดปกติ ให้หยุดยาทันที แล้วเพิ่มจำนวนของหยดน้ำเกลืออีกขวดหนึ่งเป็น 30-40 หยดต่อนาที ให้ ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายให้ออกซิเจน ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์และประเมินการหดตัวของมดลูก ทุก 5 นาที และรายงานแพทย์ ถ้าไม่ดีขึ้น

9. ถ้าผู้คลอดได้รับยามานาน ต้องให้การดูแลใกล้ชิด ยิ่งขึ้น สังเกตอาการมดลูกแตกคุกคาม เช่น มีรอยวงแหวนแบน เดิล ผู้คลอดที่ได้รับยามานานเกิน 24 ชั่วโมง ให้สังเกตภาวะ ความดันโลหิตต่ำ และภาวะสารน้ำเป็นพิษ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย แต่ส่วนใหญ่มักไม่ปล่อยให้การคลอด เนิ่นนาน เกิน 24 ชั่วโมง เพราะอาจเกิดมดลูกแตกได้

การประเมินผล

1. มดลูกหดตัว Interval(I) = 2-3 นาที
2. Duration(D) = 40-50 วินาที ผู้คลอดไม่มีอาการแสดงของ Tetanic Contraction และวงแหวนแบนเดิล
3. FHS อยู่ในช่วง 138-140 ครั้งต่อนาที เต็มเป็นจังหวะสม่ำเสมอ รวมระยะเวลาในการคลอด 8 ชั่วโมง 55 นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มารดาวิงเวียนหลังคลอดเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ได้รับยากระตุ้นมดลูก
2. มารดาหลังคลอดเหนื่อยอ่อนเพลียเสียเลือดจากการคลอด
3. อัตราการเต้นของชีพจร 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/67 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

มดลูกหดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. เลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 ซีซีต่อชั่วโมง

2. มดลูกหดตัวดีเป็นก้อนกลมแข็ง
3. อัตราการเต้นของชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที
4. ความดันโลหิต 100/60 –120/80 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและจุดบันทึกทุก 15 นาที จนกว่าจะปกติเพื่อประเมินการเสียเลือด
2. กระตุ้นคลึงมดลูกทุก 5 นาที และสอนสาธิตให้มารดาคลึงด้วยตนเอง
3. ประเมินการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกจากช่องคลอด
4. ตรวจแผลฝีเย็บ ตรวจการฉีกขาดของช่องทางคลอด พบมีเลือดซึมบริเวณเย็บให้รายงานแพทย์ทราบ
5. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/2 1,000 CC+ Syntocinon 10 unit IV 120 CC/hr.
6. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการผิดปกติ
7. ให้ข้อมูลภาวะเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดแผนการรักษาของแพทย์แก่ผู้คลอดสามี และญาติ

การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดีได้ตอบรู้อย่างดี ไม่มีเลือดออกที่แผลฝีเย็บ
2. มดลูกหดตัวดีคลึงได้กลมแข็งอยู่ระดับต่ำกว่าสะดือ
3. อัตราการเต้นของชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
4. ความดันโลหิต 125/86 มิลลิเมตรปรอท
5. เปลี่ยน pad 1 ผืน ชุ่ม pad ลูกนั่งไม่มีหน้ามืด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มารดาวิงเวียนหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดฝีเย็บและปวดมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. บ่นปวดแผลปวดมดลูก ไม่กล้าขยับร่างกาย
2. มีแผลฝีเย็บ บวมตึง/มดลูกหดตัว/สีหน้าไม่สุขสบาย/พักผ่อนไม่ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาวิงเวียนหลังคลอดบรรเทาการปวดแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูกลดลงกว่าเดิม

เกณฑ์การประเมิน

1. คะแนนความปวดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3-5/10 คะแนน
2. ไม่บ่นปวด/ปวดทนได้
3. นอนพักผ่อนได้เพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง

2. แนะนำท่านอนในท่าที่สบายบรรเทาความเจ็บปวด เช่น แนะนำให้นอนตะแคงด้านตรงข้ามกับที่มีแผลฝีเย็บ ให้ขมิบก้นก่อนนั่งเพื่อป้องกันการบาดเจ็บโดยตรงที่แผลฝีเย็บ จัดให้นั่งบนหมอนรองก้น (หมอนโดนัท) ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บขณะนั่ง แนะนำการเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลฝีเย็บ

3. อธิบายกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอด เพราะมดลูกหดตัวเพื่อเข้าสู่สภาพปกติ

4. สอนเทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยการบริหารการหายใจเป็นจังหวะ การเปลี่ยนท่านั่งท่านอนให้รู้สึกสบายขึ้น

5. แนะนำและจัดให้นอนคว่ำใช้หมอนรองบริเวณหน้าท้องจะช่วยให้หน้าคาวปลาไหลสะดวก ลดอาการปวดมดลูก และให้บริหารกล้ามเนื้อเชิงกรานโดยการขมิบช่องคลอด จะช่วยให้เลือดไหลเวียนดี

6. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและประเมินอาการ พร้อมทั้งติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยา หรือเมื่อพบว่ามีอาการข้างเคียง

7. พุดคุยให้กำลังใจ ช่วยให้บรรเทาความเจ็บปวดลดลง

ประเมินผล

1. มีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส ไม่บ่นเจ็บปวดแผลฝีเย็บและปวดมดลูกพอทนคะแนนปวด 3/10คะแนน

2. สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ เจ็บปวดน้อยลงและพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มารดาวิตุนหลังคลอดขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาหลังคลอดบอกว่าอัมบุตรไม่เป็นอาบน้ำบุตรไม่เป็นเซ็ดตาและสะดือลูกไม่เป็น

2. จากแบบประเมินความรู้ก่อนให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองตอบได้ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 50

วัตถุประสงค์

มารดาวิตุนหลังคลอดมีความรู้และมีทักษะในการดูแลตนเองและบุตรได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาหลังคลอดสามารถตอบคำถามกลับเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดได้ถูกต้อง

2. ประเมินความรู้การดูแลตนเองหลังคลอดและส่งเสริมสุขภาพทารกผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้มารดาวิตุนในเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอด ดังนี้ (โรงเรียนพ่อแม่หลังคลอด)

1.1 การพักผ่อนและการเริ่มทำงาน ควรพักผ่อนให้มากจนกว่าจะรู้สึกแข็งแรงเหมือนก่อนตั้งครรถ์ การนอนพักผ่อนควรนอนตอนกลางวันประมาณ 1-2 ครั้ง ถ้าเป็นไปได้ควรนอนเวลาบุตรหลับไม่ควรขึ้นบันไดสูงๆ ทำงานบ้านเบา ๆ ได้แล้วค่อยเพิ่มขึ้นตามลำดับอย่าหักโหมไม่ควรยกของหนักหรือทำงานที่ต้องออกแรงหลังจาก 6 สัปดาห์จึงจะทำงานได้ตามปกติ

1.2 การรับประทานอาหารรับประทานอาหารที่มีคุณค่ามีประโยชน์ตามความต้องการของร่างกายที่ควรรับประทาน เช่น เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไขมันสดผักทุกชนิดผลไม้ที่มีน้ำให้เพียงพอ

1.3 การทำความสะอาดของร่างกายอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง สามารถสระผมได้ตามปกติบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ควรทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำสะอาดและล้างทุกครั้ง หลังถ่ายปัสสาวะอุจจาระเช็ดให้แห้งถ้ายังมีน้ำคาวปลาอยู่หมั่นเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อย ๆ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมงหรือเปลี่ยนก่อนเมื่อเปียกชุ่ม

1.4 สอนและนำฝึกปฏิบัติ วิธีการให้ทารกดูดนมมารดาอย่างถูกวิธีโดยเน้นเทคนิคการจัดท่ามารดาและทารกอย่างถูกต้องเหมาะสมเทคนิคการเอานมเข้าเต้า (latch on) และแนะนำวิธีประเมินว่าทารกอมหัวนมและดูดนมได้ถูกต้องหรือไม่คือทารกต้องอมได้ลึกจนแนวเหงือกของทารกอยู่บนลานหัวนมของมารดาลิ้นวางใต้ลานขณะที่มีริมฝีปากทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านบนและด้านล่างบานออกอยู่รอบเต้านมการเคลื่อนไหวของขากรรไกรชัดเจนบริเวณกกหูแก้มไม่บวมขณะดูดนม สอนวิธีอัมบุตรอย่างถูกวิธี 4 ท่า คือ 1. ท่าลูกนอนขวางบนตัก (Cradle hold) 2. ท่าลูกนอนขวางบนตักแบบประยุกต์ (Cross Cradle hold) 3. ท่าอัมด้านข้าง (Football hold) 4. ท่านอน (Side Lying)

1.5 การวางแผนครอบครัวการคุมกำเนิด หลังคลอดโดยเน้นการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร แนะนำให้มารดาวิตุนเลือกวิธีการคุมกำเนิดโดยฝังยาคุมกำเนิด (Implant)

1.6 แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ก่อนครบกำหนด นัดตรวจหลังคลอด ได้แก่ ใช้สูงติดต่อกัน 2 วัน ปวดแผลฝีเย็บมาก นิ่งหรือเดินไม่ได้ปัสสาวะแสบขัด น้ำคาวปลา ที่เคยออกมาเป็นสีจางแล้วกลับออกมาเป็นเลือดสีเข้มมากขึ้น ปริมาณเลือดออกมากขึ้นและมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น

2. นั้ด 1 สัปดาห์ เพื่อดูแผลฝีเย็บและการไหล ของน้ำนม นัดตรวจหลังคลอดไม่เกิน 42 วัน

3. อธิบายและสาธิตและให้แผ่นพับ/แฟ้มความรู้ในเรื่อง ทักษะการดูแลบุตร ดังนี้ การเช็ดตา การสระผมการเช็ดตัว การทำความสะอาดสะดือและร่างกายของบุตรหลังการขับถ่าย การไล่ลมหลังให้นมบุตร การดูแลผิวหนัง การห่อตัวบุตร และการได้รับภูมิคุ้มกันในช่วงอายุต่าง ๆ และการดูแลหลังฉีดวัคซีน

4. ประเมินความรู้เรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดและ ทวนทักษะการดูแลบุตร ได้แก่ การอาบน้ำเช็ดตาเช็ดสะดือบุตร การห่อตัวการอุ้ม การจับเรือ ผ่านการเช็กกิจกรรมการพยาบาล การวางแผนก่อนจำหน่าย

การประเมินผล

1. ประเมินความรู้การดูแลตนเองหลังคลอดได้ร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์

2. ทวนทักษะและปฏิบัติทักษะการดูแลบุตรได้ถูกต้อง

3. มารดาน้ำนมไหลดี สามารถอุ้มบุตรดูนมได้ถูกวิธี

ประเมิน Latch Score 10/10 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ส่งเสริมการวางแผนครอบครัว ก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาวัยรุ่นหลังคลอด บอกว่า ขอคุมกำเนิดหลังคลอด

2. มารดาของมารดาวัยรุ่นอายุ 15 ปี ตั้งครรภ์ไม่พร้อม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการคุมกำเนิด แบบกึ่งถาวร

เกณฑ์การประเมินผล

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ก่อนกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้รายบุคคลเรื่องการคุมกำเนิดมีกี่แบบ อธิบายข้อดีและข้อควรระวัง

2. แนะนำให้มารดาวัยรุ่นเลือกวิธีการคุมกำเนิด โดยฝังยาคุมกำเนิด (Implant)

3. ดูแลประสานคลินิกวางแผนครอบครัวเพื่อรับการ ดูแลวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้าน

4. ติดตามและดูแลในการให้มารดาวัยรุ่นวางแผน ครอบครัวก่อนกลับบ้าน

การประเมินผลการพยาบาล

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการวางแผนครอบครัว กึ่งถาวรโดยคุมกำเนิดชนิดฝัง (Implant) ก่อนกลับบ้าน

อภิปรายผล

การวางแผนการพยาบาลจากกรณีศึกษามารดาวัยรุ่น รายนี้ ได้นำแนวคิดและหลักการการพยาบาลประยุกต์กับทฤษฎี การพยาบาลของคิง (King, I.M., 1981) ในการให้การพยาบาล แบบองค์รวม ในการดูแลมารดาวัยรุ่นตั้งครรรภ์ กระบวนการ พยาบาล คือ ในระยะระอคลอดมีกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์ เพื่อให้มารดาวัยรุ่นคลายความวิตกกังวล ระยะคลอด และหลัง คลอด ร่วมกันตัดสินใจ เห็นได้จากรับฟังและปฏิบัติตาม คำแนะนำ การบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด การเบ่งคลอด การเลี้ยงดูบุตร การให้นมมารดา ตลอดถึงการตัดสินใจการเลือก วิธีคุมกำเนิดแบบยาฝัง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การทำงานร่วมกัน ของสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม (รัถยานภิศ พละศึก และ คณะ, 2560) การทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล ให้การดูแลมารดาวัยรุ่นด้วยความเข้าใจและมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงตัวมารดาวัยรุ่นได้ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเองเป็นอย่างดี แพทย์จึงอนุญาต ให้มารดาวัยรุ่นและบุตรกลับบ้าน กระบวนการพยาบาลมารดา วัยรุ่นครั้งนี้เป็นการพยาบาลที่เหมาะสมและปลอดภัย สามารถ นำกระบวนการพยาบาลไปเป็นแนวทางในการดูแลมารดาวัยรุ่น ได้ต่อไป

สรุปผล

จากกรณีศึกษามารดาวัยรุ่นตั้งครรรภ์ พบว่า มีข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลที่สำคัญ 6 ข้อ ดังนี้ ข้อที่ 1 มารดาวัยรุ่น มีความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นครรรภ์แรกและไม่มีประสบการณ์ ในการคลอดบุตร ข้อที่ 2 ผู้คลอดและทารกมีโอกาส เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นมดลูก ข้อที่ 3 มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลัง คลอดข้อที่ 4 มารดาวัยรุ่นหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจาก เจ็บปวดฝีเย็บและปวดมดลูก ข้อที่ 5 มารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ขาดความรู้และทักษะในดูแลตนเองและบุตร และข้อที่ 6 ส่งเสริมการวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พบว่า มารดาวัยรุ่นไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดบุตร มารดาวัยรุ่นมีทักษะในการดูแลตนเองดีขึ้น สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมขณะตั้งครรภ์ไปจนถึงระยะคลอดบุตร มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตรเพิ่มขึ้น สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปจนเข้าสู่ระยะคลอดได้อย่างปลอดภัย ได้รับการคุมกำเนิดแบบยาฝัง (Implant) เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทารกแรกคลอดแข็งแรง ร้องเสียงดัง Active ดี หายใจสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บ การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา นัดตรวจหลังคลอดอีก 42 วัน และการนำบุตรมารับวัคซีน รวมวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน จากติดตามประเมินเยี่ยมหลังคลอด 2 ครั้ง มารดาวัยรุ่นตั้งใจเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองโดยมีสามี พร้อมกับมารดาตนเองช่วยดูแลที่บ้าน และจะกลับไปศึกษาจากระบบ (กศน.) เมื่อมีความพร้อม

เอกสารอ้างอิง

King, I.M. (1981). *A theory of nursing: Systems, concepts, process*. New York: A wiley publication.

กองสุขศึกษา. (2558). *การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน*. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.

ประจวบ แผลมหลัก และคณะ. (2559). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : ปัญหาและแนวทางการแก้ไขทางสังคมวิทยา. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุขและการศึกษา*, 3(2):3-15.

รติยานภิศ พละศึก และคณะ. (2560). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2):256-267.

ลำเจียก กำธร และจิณัฐตา ศุภศรี. (2565). ผลการรณรงค์ป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นในสถานศึกษาต่อค่านิยมเรื่องเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาต่อค่านิยมเรื่องเพศ. *พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาต่อค่านิยมเรื่องเพศ*. ตรีง: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง.

ศรีเพ็ญ ตันติเวส และคณะ. (2560). *สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2560*. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, นนทบุรี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2566). *Data Health Center*. เรียกใช้เมื่อ 15 พฤษภาคม 2566 จาก ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ: <https://kpo.moph.go.th/webkpo/>

สำนักอนามัยเจริญพันธุ์และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ . (2560). *สถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในเด็กและเยาวชน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักอนามัยเจริญพันธุ์. (2558). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์ แก้วเจ้าจอม.

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการป้องกันปัญหาและเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ซ้ำ ควรให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาอนามัยการเจริญพันธุ์และคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรให้กับมารดาวัยรุ่นทุกคน ก่อนจำหน่ายมารดาวัยรุ่นกลับบ้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เพราะมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดทักษะและความรู้ในการคุมกำเนิด

2. ด้านการศึกษาของมารดาวัยรุ่น ควรให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมและสอบถามความต้องการในการกลับไปศึกษาต่อ เช่น การศึกษานอกระบบ (กศน.) ไปเรียนที่สถานศึกษาอื่น เป็นต้น

3. ด้านการสนับสนุนภายในชุมชน การทำกลุ่มช่วยเหลือ (group support) จัดให้มีศูนย์ให้คำปรึกษาวัยรุ่นและสร้างเครือข่ายความร่วมมือของกลุ่มต่างๆ เสริมสร้างศักยภาพของศูนย์พัฒนาครอบครัวหรือหน่วยงานที่ให้บริการสังคมสำหรับวัยรุ่นเพิ่มขึ้น เพื่อชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันปัญหาวัยรุ่น

“

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นรากฐานสุขภาพที่ยั่งยืน

”



<https://thaidj.org/index.php/NRTC>

(ช่องทางการติดต่อและเผยแพร่)

0 5622 2375 

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ 

ศูนย์ สสม ภาคเหนือ 