



วารสารวิจัยสุขภาพ โรงพยาบาลและชุมชน

Journal of Hospital and Community Health Research

2025

ISSN : 2958-0630 (Online)

Vol. 3 No. 2 May - August 2025

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568



วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน Journal of Hospital and Community Health Research

Office: โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย 43130
Tel: 042-483186 ต่อ 123
Fax: 042-483187
Mobile: 093-3038406
E-mail: pthjohos@gmail.com
Website: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthjo/index>

วัตถุประสงค์ (Focus)

เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัยทางการด้านสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ และใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการกับสหวิชาชีพและผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research article) หมายถึง บทความที่เขียนจากรายงานวิจัย รายงานผลการศึกษาค้นคว้า หรือวิทยานิพนธ์ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้วิจัย โดยสรุปย่อกระบวนการวิจัยของงานวิจัยนั้นให้มีความกระชับและสั้น อยู่ในรูปแบบของบทความตามโครงสร้าง องค์ประกอบของบทความวิจัย โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

2. บทความวิชาการ (Academic article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง ในสาขาที่รับตีพิมพ์ เรียบเรียงเนื้อหาขึ้นใหม่ เพื่ออธิบายวิเคราะห์ ข้อมูลจากเนื้อหา หรือเสนอแนะองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้า กระดาษ A4

3. บทความปริทัศน์ (Review article) หมายถึง บทความที่เรียบเรียงโดยมีการวิเคราะห์ วิจัย เปรียบเทียบวรรณกรรมที่มีการดำเนินการมาถึงปัจจุบัน สังเคราะห์ให้เกิดความรู้ที่แสดงภาพของงานวิจัยในหัวข้อเรื่องที่ศึกษาโดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

4. บทความพิเศษ (Special article) หมายถึง บทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

5. รายงานผู้ป่วย (Case report) หมายถึง รายงานอย่างละเอียดเกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการติดตามผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่แตกต่างจากการรักษาแบบเดิม



นโยบายการประเมินบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ตีพิมพ์วารสารฯ จะต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็น ทบทวน และตรวจสอบ วิทยาการวิจารณ์ ความถูกต้อง เหมาะสมทางวิชาการ จากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ (Peer-Reviewed) ก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบการปกปิดสองทาง (Double Blinded)

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่วารสารฯ (Publication Frequency)

วารสารฯ รับผิดชอบเฉพาะบทความภาษาไทย โดยวารสารมีกำหนดออกตามเวลาที่กำหนด ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) คือ

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ (Honorary Advisor)

แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 8

ที่ปรึกษา (Advisor)

นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

นายแหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

นายแพทย์เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ตาก

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ดร.กรภัทร อาจวานิชชากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

นางสุภาพร ปานิเสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

คณะผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer reviewers)

รองศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ พิมพ์	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าฯ
รองศาสตราจารย์ ดร. ยุภาพร สมิน้อย	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.เชิดชัย สุนทรภาส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เก่งกาจ วินัยโกศล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร. ประยูร วงศ์จันทา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ ก้าวหน้าไกล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาพร จงวุฒิเวศย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพนโบริแมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.เสีขาว เชื้อปรุง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภก. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ. ชุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
นายธวัชชัย เหลืองศิริ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิพงษ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
นายสมพร เจือจันทิก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.หนองคาย
นายสุรชัย กิจติกาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.หนองคาย
ดร.พชรวรรณ คูสกุลรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.มหาสารคาม
ดร.สุทิน ชนະบุญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.ขอนแก่น
ดร.เชิดพงษ์ มงคลศิลป์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สคร. 7 จ. ขอนแก่น
ดร.สุภัทรา สามัง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.กาฬสินธุ์
พญ.ภรณ์ พรวัฒนา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.ท่าบ่อ
ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
นางวัชรภรณ์ ผิวเหลือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สระใคร
พญ.นรินทร์พิย ฤทธิธิตี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.โพนพิสัย
พญ.นารีگان สังขะฤกษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร
นางธมลวรรณ คณานิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ภูแก้ว จ.อุดรธานี
ภญ.วิภาพร องคนุสรณ์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.โพธิ์ตาก
ภญ.เยาวลักษณ์ บุญจันทร์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.ศรีเชียงใหม่

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word for Windows) โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย หรือมีความจำเป็นการใช้อักษรย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรกก่อน และไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน ยกเว้นการย่อเพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A 4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน และขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ด้านล่าง และขอบขวา 1 นิ้ว และพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น เนื้อหาควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และไม่เกิน 15 หน้า

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิการศึกษา และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้เฉพาะแผ่นปกเท่านั้น ไม่ต้องพิมพ์ไว้ในเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 18

3. บทความวิชาการ ให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของบทความและมีการกำหนดคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช่คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษร ตัวพิมพ์ใหญ่

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ชื่อเรื่องภาษาไทย ใช้อักษรขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 พิมพ์กึ่งกลางหน้ากระดาษ

2. ชื่อผู้เขียน (Author name) เขียนต่อจากชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งทางวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วมเชิงปัญญา เริ่มจากชื่อแรกมากที่สุด ถึงชื่อสุดท้ายน้อยที่สุด พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ E-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) แทรกเป็นตัวเลขเชิงอรรถ ตามลำดับด้านท้ายหน้าแรก

3. บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อน ภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกัน เนื้อหาในบทคัดย่อควรระบุวัตถุประสงค์ รูปแบบและวิธีวิจัย ผลการศึกษา สรุปผลการศึกษา โดยใช้ภาษาเหมาะสมไม่ฟุ่มเฟือย คำเป็นประโยคสมบูรณ์สื่อความหมายได้ชัดเจนและกระชับ อ่านเข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อน เขียนแยกสองภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เริ่มบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ โดยมีความยาวไม่เกิน 350 คำ

4. คำสำคัญ (Keywords) ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยเลือกคำสำคัญที่สอดคล้องกับบทความประมาณ 3-5 คำ

5. เนื้อหา (Text)

5.1 สำหรับบทความวิจัย

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาและความสำคัญของปัญหา แนวคิดและทฤษฎี วัตถุประสงค์เหตุผลความจำเป็นของการศึกษา มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทความ และตรงกับวัตถุประสงค์โดยให้ข้อมูลและอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ควรอ้างอิงเอกสารจากบทความทางวิชาการเป็นหลัก ไม่ควรอ้างอิงข้อมูลบนเว็บไซต์ทั่วไป (ที่ไม่ใช่ e Journal) ไม่ควรคัดลอกข้อความเนื้อหาของเอกสารอื่นมาอ้าง ทั้งข้อความ ไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินกว่า 10 ปี นำมาอ้าง (ยกเว้นเป็นทฤษฎีระเบียบ ข้อกฎหมาย หรือเนื้อหาสำคัญ) และวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2) รูปแบบและวิธีวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง/การพิทักษ์สิทธิ์ อาสาสมัครพร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ

3) ผลการวิจัย ให้เขียนรายงานผลการศึกษาหรือทดลอง โดยเป็นการบรรยายเนื้อหาจากข้อมูลทางสถิติที่ค้นพบจากงานวิจัย และ/หรือ ผ่านทางตารางหรือ รูปภาพ หรือ แผนภูมิ ควรเรียงลำดับเนื้อหา สั้นกะทัดรัด

4) วิจารณ์ผลการวิจัย ส่วนนี้ควรวิเคราะห์สังเคราะห์ อภิปรายข้อมูล ที่ได้มาจากการวิจัย ขั้นต้น ร่วมกับการอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอื่นไม่ใช้การอธิบายโดยไม่มีหลักการ เพื่อให้ผู้อ่านเห็น ด้วยตามหลักวิชาการโดยอาจเปรียบเทียบผลงานวิจัยที่ผ่านมาของผู้อื่น อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็น การประเมินการ ตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุมต่าง ๆ

5) ควรสรุปสาระสำคัญที่ชัดเจน ผู้เขียนได้แสดงทัศนะทางวิชาการของตนไว้ได้ มีลำดับของ เนื้อหาทั้งส่วนนำเนื้อหาและบทสรุปที่เหมาะสม และอ่านเข้าใจได้ง่ายพร้อมทั้งประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย และ ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป หรือมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อไป

หมายเหตุ : เนื้อหาแล้วไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ (หากเกิน 15 หน้า ผู้เขียนต้องชำระค่าบทความเพิ่มเติมหน้าละ 300 บาท)

6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ควรแสดงความขอบคุณต่อผู้ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยสำเร็จ รวมถึงระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย

7) รายการอ้างอิง ในเนื้อให้เรียงตามลำดับการอ้างอิงก่อนหลัง โดยการอ้างอิงเป็นแบบ Vancouver ในการอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่าง ๆ ให้ใส่ตัวเลขอารบิกเป็นตัวเลขในเครื่องหมายวงเล็บ () ท้ายข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหาโดย เรียงลำดับก่อนหลังตามการอ้างอิง และไม่ควรใช้บทคัดย่อ (Abstracts) เป็นเอกสารอ้างอิง

8) ตาราง รูป และสมการ

(1) ตาราง ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “ตารางที่.....” และมีคำอธิบายเหนือตาราง

(2) รูป ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “รูปที่” และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูป โดยทุกตารางและรูปที่ใส่ไว้ในบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างที่มา ส่วนของรูปภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารยืนยันของเจ้าของสิทธิ์ให้สามารถนำมาใช้ได้ รูปภาพหรือตารางที่ทำการส่งมาควรแยกไฟล์ให้ด้วยและเป็นไฟล์นามสกุล .JPG, .JPEG (Joint Photographic Experts Group) หรือ .TIFF (Tagged Image File Format) ขนาด 300 dpi ขึ้นไป

(3) สมการ ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ขีดขอบขวาของคอลัมน์หมายเหตุ : รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ชิ้น

5.2 บทความวิชาการ, บทความปริทัศน์, บทความพิเศษ

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาที่ไป ภูมิหลังความสำคัญ ขอบเขตของเรื่องที่ต้องการอธิบาย แสดงวัตถุประสงค์ และอาจให้ข้อมูลถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากบทความ โดยสามารถอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยเพื่อเน้นในประเด็นของหัวข้อดังกล่าว ความยาวของบทนำควรอยู่ระหว่าง 10-20 % ของส่วนเนื้อหา

2) เนื้อหาผู้เขียนสามารถเขียนอธิบาย วิธีการ หลักการทฤษฎี วิธีการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลและให้เหตุผล ของประเด็นที่เขียน โดยอาศัยตาราง รูปภาพ แผนภูมิ เพื่อประกอบคำอธิบายและอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยโครงสร้างการเขียนสามารถเรียงลำดับหัวข้อตามความเหมาะสมของผู้เขียนอย่างเป็นลำดับ แต่ละหัวข้อมีความสมบูรณ์ในตนเอง ไม่ยาวไปหรือมากจนเกินไปจากสัดส่วนของบทความทั้งหมด

3) บทสรุป (Conclusions) เขียนสรุปสิ่งที่ได้อธิบายความ ข้อดีข้อเสีย หรือเสริมส่วนที่ไม่ปรากฏในเนื้อหาหรือย้ำในสิ่งสำคัญของเรื่อง และ แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ต่อ หรือ ตัดสินความในประเด็นที่ปรากฏในงานเขียน อย่างไรก็ดีไม่ควรเขียนนอกเรื่องที่ไม่ปรากฏในบทความ

5.3 รายงานผู้ป่วย

1) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย (Identification data) เพศ อายุ เชื้อชาติ ภูมิลำเนาเดิม อาชีพ

2) อาการนำ หรือ อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (Chief complaint, CC) ระยะเวลาที่เป็นก่อนมาโรงพยาบาล

3) ปัญหาของผู้ป่วยในครั้งนี้ (Present illness, PI) วัน เดือน ปี เวลา สถานที่ที่เกิดเหตุ สาเหตุของอาการนำความรุนแรงของอาการ ความถี่ อาการดีขึ้น แย่ลง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการผิดปกติร่วมเพื่อวินิจฉัยแยกโรค

4) ประวัติโรคเดิมผู้ป่วย (Past medical history, PMH) ยาประจำตัว ขนาดที่กินแต่ละวันเป็นระยะเวลานานเท่าไร

5) ประวัติครอบครัวผู้ป่วย (Family history, FH)

6) ประวัติทางสังคม Patient profile (Personal history) เศรษฐฐานะ, ศาสนา, การสูบบุหรี่, ดื่มสุรา

7) การตรวจร่างกายเป็นระบบ(Systematic review and Physical examination)

- 8) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ภาพรังสี (laboratory investigation, Radiography)
- 9) การวิเคราะห์ข้อมูล(data analysis) อาจทำเป็นproblem list
- 10) การวินิจฉัยโรคขั้นต้น และการวินิจฉัยแยกโรค (Provisional diagnosis and differential diagnosis)
- 11) การวางแผนการรักษา (Treatment plan)
- 12) อภิปรายผล (Discussion)

เกณฑ์การพิจารณาตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย และบทความฟื้นฟูวิชาการ/บทความปริทัศน์ จะได้รับการพิจารณา
กลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในสาขานั้นอย่างน้อย 2 ท่าน โดยผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อ
ของกันและกัน (double-blinded review)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใด
มาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ทั้งนี้บทความวิจัยที่เกี่ยวกับคน
จะได้รับพิจารณาเฉพาะบทความที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น โดยผู้
ส่งต้องแนบหลักฐานการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้วย เมื่อมีข้อปรับแก้ หรือ
ข้อเสนอแนะ ผู้นิพนธ์ต้องดำเนินการปรับแก้ภายในระยะเวลา 15 วันนับจากวันที่แจ้งผลประเมินบทความ
บทความที่ผ่านการพิจารณาเรียบร้อยแล้วจะได้ลงเผยแพร่ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม



Copyright Notice

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ข้อความที่ปรากฏในบทความแต่ละเรื่องในวารสารวิชาการเล่มนี้เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนแต่ละท่าน ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของบทความแต่ละเรื่องเป็นของผู้เขียนแต่ละท่าน หากมีความผิดพลาดใด ๆ ผู้เขียนแต่ละท่านจะรับผิดชอบบทความของตนเองแต่ผู้เดียว

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

บทบรรณาธิการ

(Editorial)

ช่วงนี้เป็นช่วงฤดูฝน ที่ธรรมชาติเขียวขจีมองแล้วสบายตา แต่อย่างไรก็ตาม ก็เป็นฤดูกาลที่มากับความท้าทายทางด้านสุขภาพมากมาย เช่น โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู หรือโรคที่มากับดินและน้ำ ไปจนถึงโรคที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจที่แพร่ระบาดกันได้ง่าย เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ และที่กำลังเกิดระบาดกันอยู่ในขณะนี้คือโรคโควิด-19 ล้วนเป็นภัยคุกคามที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งในเมืองและชนบท ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนโดยตรงเท่านั้น แต่ก็ยังส่งผลต่อการเพิ่มภาระงานของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย และการดูแลสุขภาพตนเองในช่วงหน้าฝนจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องใส่ใจ และไม่อาจมองข้ามได้ ทั้งด้านการป้องกันตนเอง เช่น การล้างมือบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการเดินทางลุยน้ำขัง ระวังยุงกัด บริโภคอาหารสะอาดและปรุงสุกใหม่อยู่เสมอ รวมถึงการสังเกตอาการที่ผิดปกติของตนเองหรือคนใกล้ชิด ทั้งนี้เพื่อที่จะเข้ารับการรักษาทันท่วงที

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ปี 3 จึงขอเชิญชวนบุคลากรทางการแพทย์ นักวิจัย รวมถึงผู้สนใจทุกท่าน ได้ส่งบทความวิชาการ บทความวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งประเด็นที่อยู่ในสถานบริการหรือในชุมชน เข้ามาเผยแพร่ในวารสารของเรา เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนองค์ความรู้สู่การนำไปใช้ประโยชน์ต่อสาธารณะ ด้วยความมุ่งมั่น และตั้งใจของเราที่พัฒนาวารสารฯ ให้เจริญก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นไป และขอบคุณทุกท่านที่ส่งบทความเข้ามาเผยแพร่

ดร.กรภัทร อัจฉานิชชากุล

บรรณาธิการ

Contents

บทความวิจัย /Research article

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีผลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีน HPV 70-85
ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดหนองคาย

Effects of an Awareness and Attitude Modification Program on HPV Vaccine
Acceptance among Female High School Students in Nong Khai Province.

สิริลักษณ์ มนต์ฤทธินาค สม. Sirilak Monritthinak, (M.P.H)

ขวัญใจ พิมโคตร สบ. Khuanjai Pimkort, (B.P.H)

- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรง 86-97
สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of a Care Model for Psychiatric Patients to Prevent Severe Relapse
for Caregivers and Families at Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province.

ศิริดา ฝ้ายขาว พย.บ. Sirada Faikhao, (B.N.S)

ภรกด สุฝน พย.บ., ประ.ด. Porakot Soofon, (B.N.S, Ph.D)

จิรัสย์ สมัคราษฎร์ พ.บ. Jirat samakrad, (M.D.)

ธนกฤต ก้อนตะเสน วท.บ. Thanakrit kontasen, (B.Sc.)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีผลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีน HPV ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดหนองคาย

Effects of an Awareness and Attitude Modification Program on HPV Vaccine
Acceptance among Female High School Students in Nong Khai Province.

สิริลักษณ์ มนต์ฤทธินาค สม.

ขวัญใจ พิมโคตร สป.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

จังหวัดหนองคาย

Sirilak Monritthinak, (M.P.H)

Khuanjai Pimkort, (B.P.H)

Nongkhai Provincial Public Health Office.

Nong Khai Province.

(Received: 6 May 2025, Revised: 30 May 2025, Accepted: 6 June 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีผลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีน HPV ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนองคาย ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน HPV หรือได้รับไม่ครบตามเกณฑ์ จำนวน 234 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีผลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีน HPV เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ, ทัศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV, และการยอมรับการฉีดวัคซีน HPV เป็นต้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test และสถิติ Pearson Chi-Square

ผลการวิจัย ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงต่อการติดเชื้อ และการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน HPV เพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีน HPV ลดลง มีทัศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีการยอมรับในการฉีดวัคซีน HPV เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) และมีความยินดีที่จะรับวัคซีนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47.5 เป็นร้อยละ 80 เป็นต้น ดังนั้นสถานศึกษาควรนำโปรแกรมฯ ไปบูรณาการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการเรียนการสอน และควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนในการตัดสินใจรับวัคซีนของเด็กนักเรียนด้วย

คำสำคัญ : วัคซีนเอชพีวี, โปรแกรมสุขศึกษา, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ติดต่อผู้พิมพ์ : สิริลักษณ์ มนต์ฤทธินาค **อีเมล :** Yingfocos2@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of the awareness promotion and attitude modification program on the acceptance of HPV vaccination in female high school students. The population used in the study was 234 female high school students in Nong Khai Province who had not received the HPV vaccine or had not received it according to the criteria. The sample group was 40 students who were selected by purposive sampling. The experimental instrument was the awareness promotion and attitude modification program on the acceptance of HPV vaccination. Data were collected using questionnaires on health beliefs, attitudes toward the efficacy and safety of HPV vaccines, and acceptance of HPV vaccination, etc. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, Paired t-test, and Pearson Chi-Square statistics.

The results that after joining the program found that the sample group had higher perception of risk, severity of infection, and perceived benefits of HPV vaccine, which were statistically significantly different from before joining the program ($p < 0.05$). The perception of barriers to HPV vaccination decreased, the attitude towards the efficacy and safety of HPV vaccine increased statistically significantly ($p < 0.001$), the acceptance of HPV vaccination increased statistically significantly ($p = 0.002$), and the willingness to receive the vaccine increased from 47.5 percent to 80 percent, etc. Therefore, educational institutions should integrate the program into the curriculum and should encourage parents to participate in students' decision-making to receive vaccination.

Keywords : HPV Vaccine, Health Education Program, High School Students

Corresponding author : Sirilak Monritthinak Email : yingfocus2@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่พบมากเป็นอันดับ 4 ของสตรีทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2020 มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 604,000 ราย เสียชีวิต จำนวน 342,000 ราย และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยรายใหม่โดยเสียชีวิตมากที่สุดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีกำลังพัฒนา⁽¹⁾ โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสี่ในผู้หญิงทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและพบมากเป็นอันดับสี่ในผู้หญิง สำหรับประเทศไทยพบโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม และข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2566)⁽²⁾ พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 9,158 ราย และมีผู้เสียชีวิตถึง 4,705 รายต่อปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงไทย จะเห็นว่า การติดเชื้อไวรัส Human papillomavirus (HPV) ที่ปากมดลูกมักเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงที่ติดเชื้อ HPV ไม่ได้ทุกคนที่จะเกิดมะเร็งปากมดลูก ผู้หญิงที่ไม่ได้ตรวจ HPV หรือเซลล์ผิดปกติในปากมดลูกเป็นประจำจะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ด้วยการตรวจ Pap test และการฉีดวัคซีน HPV⁽³⁾

ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์ในการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกก็ตาม แต่การป้องกันยังคงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดในการลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ได้ การให้วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกจากเชื้อเอชพีวี (HPV) เป็นนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการเร่งรัดให้มีการฉีดวัคซีนอย่างใดก็ตามช่วงปี 2562-2564 เกิดภาวะขาดแคลนวัคซีนเอชพีวี ทำให้การฉีดวัคซีนดังกล่าวเป็นไปได้ยาก และแม้จะจัดหาได้ในปี 2565 แต่ก็ยังไม่เพียงพอ จึงทำให้ฉีดได้แค่คนละ 1 เข็มก่อน โครงการฉีดวัคซีนครั้งใหม่จึงมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้หญิงไทยเข้าถึงวัคซีนเอชพีวีครบ 2 เข็มมากขึ้น เป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁽⁴⁾ ดังนั้น การส่งเสริมการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการควบคุมและป้องกันโรคโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้หญิงไทยได้ดีขึ้น

สถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดหนองคาย ยังคงเป็นประเด็นที่น่ากังวล แม้ว่าอัตราการป่วยและเสียชีวิตอาจต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศก็ตาม แต่ก็ยังคงมีแนวโน้มที่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 68 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.03 ต่อแสนประชากร และพบผู้เสียชีวิตอีก จำนวน 18 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 0.01 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยจำนวน 66 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.03 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิต 20 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 0.07 ต่อแสนประชากรจากข้อมูลความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ในปี พ.ศ. 2567 พบว่า ยังไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมาย แม้ว่าจะมีผู้รับวัคซีนเกินจำนวนที่กำหนดไว้ก็ตาม แต่การกระจายตัวของการรับวัคซีนยังไม่เท่าเทียมกันในแต่ละอำเภอ จะเห็นได้ว่ามีบางอำเภอที่มีอัตราการรับวัคซีนสูงเกินกว่าเป้าหมายมาก เช่น อำเภอโพนพิสัย (ร้อยละ 163.12) อำเภอศรีเชียงใหม่ (ร้อยละ 132.2) และอำเภอเฝ้าไร่ (ร้อยละ 104.15) แต่ก็มีบางอำเภอมีอัตราการรับวัคซีนต่ำกว่าเป้าหมาย เช่น อำเภอสังคม (ร้อยละ 81.42) อำเภอรัตนวาปี (ร้อยละ 88.08) และอำเภอเมืองหนองคาย (92.92%) เป็นต้น⁽⁵⁾ ยิ่งถ้าหากมองในด้านความแตกต่างของอัตราการรับวัคซีนในแต่ละอำเภอแล้ว ได้สะท้อนถึงความท้าทายในการเข้าถึงวัคซีนด้วย ดังนั้น การป้องกันโรคและการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นประเด็นที่ควรเร่งดำเนินการทั้งในและนอกระบบโรงเรียน โดยมุ่งหวังที่จะสร้างภูมิคุ้มกันโรคและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในอนาคต

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ ซึ่งถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) โดยเฉพาะในส่วนของความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประโยชน์ และความปลอดภัยของการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) รวมถึงการเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อวัคซีน ซึ่งผู้วิจัยโปรแกรมนี้คาดหวังว่าจะสามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และส่งเสริมการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) มากขึ้น ซึ่งการให้ความรู้กับกลุ่มนักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญจะช่วยให้มีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี ซึ่งจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ในอนาคต การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อการยอมรับการฉีดวัคซีน HPV ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดหนองคาย

วัสดุและวิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยทำการศึกษาในกลุ่มเดียว วัดผลทั้งก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) ใช้ระยะเวลาในการศึกษา จำนวน 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) ในจังหวัดหนองคาย ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี (HPV) หรือได้รับวัคซีนแต่ยังไม่ครบตามเกณฑ์ จำนวน 234 คน และกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 40 คน โดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนที่เลือก 2) มีอายุระหว่าง 15-18 ปี 3) ยังไม่ได้รับวัคซีน HPV หรือได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง (กรณีอายุต่ำกว่า 18 ปี) ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ เป็นผู้ที่มิประวัติแพ้ส่วนประกอบของวัคซีน HPV และมีโรคประจำตัวร้ายแรง หรือมีภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อการเข้าร่วมโครงการ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ ระดับชั้น ประเภทโรงเรียน และประวัติการรับวัคซีน HPV เพื่อใช้ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีอยู่ 4 ด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ HPV 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ HPV 3) การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน HPV 4) การรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีน HPV ลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด)

การแปลผลโดยนำค่าเฉลี่ยมาใช้เป็นเกณฑ์แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ มีระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00) มีระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) มีระดับ ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) มีระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60) และมีระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80) เป็นต้น

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการยอมรับการฉีดวัคซีน HPV ประเมินความตั้งใจของนักเรียนในการฉีดวัคซีน HPV ประกอบด้วย 2 คำถาม เป็นคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ตอบอธิบายเหตุผลในการตัดสินใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความชัดเจน และความครอบคลุมของแบบสอบถาม แล้วนำไปหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา แล้วนำแบบสอบถามไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 และเครื่องมือได้ถูกนำไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่ง จำนวน 40 คน โดยความรู้ความเข้าใจความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.78, 0.82 และ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับทีมวิจัย ซึ่งได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจกับข้อคำถามต่าง ๆ โดยภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและคณะได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ จากนั้นมีการจัดกระทำข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนจะนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง
2. การวิเคราะห์เชิงอนุมาน ใช้สถิติ Paired Samples t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของ (1) ระดับการรับรู้เกี่ยวกับ HPV และวัคซีน HPV (2) ทศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV ส่วน (3) การยอมรับการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Pearson Chi-Square เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 102/68 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้พบกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการวิจัย และ ตอบรับเข้าร่วมการวิจัยด้วยวาจา โดยข้อมูลทุกอย่างจะ ถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด จำนวน 40 คน (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีอายุ 18 ปี (ร้อยละ 32.5) รองลงมาคืออายุ 16 ปี (ร้อยละ 27.5) และอายุ 15 ปี กับ 17 ปี มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 20.0 กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุด (ร้อยละ 45.0) รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 32.5) และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (ร้อยละ 22.5) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนรัฐบาลทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) ด้านประวัติการรับวัคซีน HPV พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับวัคซีน HPV (ร้อยละ 62.5) และมีผู้ที่เคยได้รับวัคซีน HPV ร้อยละ 37.5 สำหรับจำนวนเข็มวัคซีน HPV ที่ได้รับ พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับวัคซีน (0 เข็ม คิดเป็นร้อยละ 62.5) รองลงมาคือได้รับ 3 เข็ม (ร้อยละ 15.0) ได้รับ 1 เข็ม (ร้อยละ 12.5) และได้รับ 2 เข็ม (ร้อยละ 10.0) แสดงผลตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
15 ปี	8	20.0
16 ปี	11	27.5
17 ปี	8	20.0
18 ปี	13	32.5

(ต่อ) ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับชั้น		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	13	32.5
มัธยมศึกษาปีที่ 5	9	22.5
มัธยมศึกษาปีที่ 6	18	45.0
ประเภทโรงเรียน		
สังกัดรัฐบาล	40	100
สังกัดหน่วยงานเอกชน	0	0
ประวัติการรับวัคซีน HPV		
เคย	15	37.5
ไม่เคย	25	62.5
จำนวนเข็มวัคซีน HPV ที่ได้รับ		
0 เข็ม	25	62.5
1 เข็ม	5	12.5
2 เข็ม	4	10.0
3 เข็ม	6	15.0

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อ HPV ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อ HPV อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.04$, S.D. = 0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สูงสุด คือ "ฉันคิดว่านักเรียนหญิงมัธยมปลายมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ HPV" ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 1.40) และ "ฉันคิดว่าฉันมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ HPV" ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = 1.37) ซึ่งทั้งสองข้ออยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีการรับรู้รองลงมาคือ "ฉันคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์มีส่วนทำให้ติดเชื้อ HPV" ($\bar{X} = 2.95$, S.D. = 1.58) และ "ฉันคิดว่าการมีคู่นอนหลายคนเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV" ($\bar{X} = 2.90$, S.D. = 1.46) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ำที่สุดคือ "ฉันคิดว่าการไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ทำให้ฉันมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ HPV" ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = 1.19) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนหลังการทดลอง พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อ HPV เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สูงสุด คือ "ฉันคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์มีส่วนทำให้ติดเชื้อ HPV" ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.86) รองลงมาคือ "ฉันคิดว่าการไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ทำให้ฉันมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ HPV" ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.80) และ "ฉันคิดว่านักเรียนหญิงมัธยมปลายมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ HPV" ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.86) ซึ่งทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีการรับรู้รองลงมาคือ "ฉันคิดว่าการมีคู่นอนหลายคนเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV" ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 0.84) อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ำที่สุดคือ "ฉันคิดว่าฉันมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ HPV" ($\bar{X} = 3.73$, S.D. = 0.81) ซึ่งอยู่ในระดับมาก แสดงผลตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงมาตรฐานและการแปลผล ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อ HPV	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ฉันคิดว่าฉันมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ HPV	3.18	1.37	ปานกลาง	3.73	0.81	มาก
2. ฉันคิดว่านักเรียนหญิงมัธยมปลายมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ HPV	3.35	1.40	ปานกลาง	3.98	0.86	มาก
3. ฉันคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์มีส่วนทำให้ติดเชื้อ HPV	2.95	1.58	ปานกลาง	4.15	0.86	มาก
4. ฉันคิดว่าการมีคู่นอนหลายคนเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV	2.90	1.46	ปานกลาง	3.95	0.84	มาก
5. ฉันคิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ทำให้ฉันมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ HPV	2.83	1.19	ปานกลาง	4.03	0.80	มาก
รวม	3.04	0.74	ปานกลาง	3.96	0.40	มาก

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ HPV ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ HPV อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.81$, S.D. = 0.63) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สูงสุด คือ "ฉันคิดว่าติดเชื้อ HPV อาจนำไปสู่โรคมะเร็งปากมดลูก" ($\bar{X} = 3.20$, S.D. = 1.38) รองลงมาคือ "ฉันคิดว่าติดเชื้อ HPV เป็นโรคที่อันตราย" ($\bar{X} = 2.98$, S.D. = 1.47) และ "ฉันกังวลว่าฉันจะเป็นมะเร็งปากมดลูก" ($\bar{X} = 2.78$, S.D. = 1.45) ซึ่งทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีการรับรู้รองลงมาคือ "ฉันคิดว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้" ($\bar{X} = 2.63$, S.D. = 1.48) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ำที่สุดคือ "ฉันคิดว่าติดเชื้อ HPV ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ" ($\bar{X} = 2.48$, S.D. = 1.41) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย

ส่วนหลังการทดลอง พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.33) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สูงสุด คือ "ฉันคิดว่าติดเชื้อ HPV อาจนำไปสู่โรคมะเร็งปากมดลูก" ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.84) รองลงมาคือ "ฉันคิดว่าติดเชื้อ HPV เป็นโรคที่อันตราย" ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.78) ข้อที่มีการรับรู้ระดับเดียวกันคือ "ฉันคิดว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้" ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.87) และ "ฉันคิดว่าติดเชื้อ HPV ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ" ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.71) ซึ่งทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ำที่สุดคือ "ฉันกังวลว่าฉันจะเป็นมะเร็งปากมดลูก" ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 0.78) ซึ่งอยู่ในระดับมาก แสดงผลตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงมาตรฐานและการแปลผลการรับรู้ความรุนแรง ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ HPV	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ฉันคิดว่าการติดเชื้อ HPV เป็นโรคที่อันตราย	2.98	1.47	ปานกลาง	4.05	0.78	มาก
2. ฉันคิดว่าการติดเชื้อ HPV อาจนำไปสู่โรคมะเร็งปากมดลูก	3.20	1.38	ปานกลาง	4.25	0.84	มาก
3. ฉันคิดว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้	2.63	1.48	ปานกลาง	4.00	0.87	มาก
4. ฉันกังวลว่าฉันจะเป็นมะเร็งปากมดลูก	2.78	1.45	ปานกลาง	3.95	0.78	มาก
5. ฉันคิดว่าการติดเชื้อ HPV ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	2.48	1.41	น้อย	4.00	0.71	มาก
รวม	2.81	0.63	ปานกลาง	4.05	0.33	มาก

3) การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน HPV ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน HPV อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.05$, S.D. = 0.64) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สูงสุดคือ "ฉันคิดว่าการฉีดวัคซีน HPV คุ่มค่า" ($\bar{X} = 3.17$, S.D. = 1.31) ซึ่งแปลผลอยู่ในระดับน้อย รองลงมาคือ "ฉันคิดว่าการฉีดวัคซีน HPV เป็นวิธีที่ดีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก" ($\bar{X} = 3.13$, S.D. = 1.47) อยู่ในระดับปานกลาง และ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ปลอดภัย" ($\bar{X} = 3.05$, S.D. = 1.39) อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีการรับรู้รองลงมาคือ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ช่วยป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้" ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 1.45) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ำที่สุดคือ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูก" ($\bar{X} = 2.90$, S.D. = 1.37) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนหลังการทดลอง พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน HPV เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51$, S.D. = 0.22) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สูงสุด คือ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ปลอดภัย" ($\bar{X} = 4.58$, S.D. = 0.50) รองลงมาคือ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ช่วยป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้" ($\bar{X} = 4.55$, S.D. = 0.50) และ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูก" ($\bar{X} = 4.55$, S.D. = 0.50) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ข้อที่มีการรับรู้รองลงมาคือ "ฉันคิดว่าการฉีดวัคซีน HPV เป็นวิธีที่ดีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก" ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.50) ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ำที่สุดคือ "ฉันคิดว่าการฉีดวัคซีน HPV คุ่มค่า" ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.49) ซึ่งยังคงอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นกัน แสดงผลตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงมาตรฐานและการแปลผลด้านการรับรู้ประโยชน์ของ วัคซีน HPV ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน HPV	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ช่วยป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้	3.00	1.45	ปานกลาง	4.55	0.50	มากที่สุด
2. ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูก	2.90	1.37	ปานกลาง	4.55	0.50	มากที่สุด
3. ฉันคิดว่าการฉีดวัคซีน HPV เป็นวิธีที่ดีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	3.13	1.47	ปานกลาง	4.50	0.50	มากที่สุด
4. ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ปลอดภัย	3.05	1.39	ปานกลาง	4.58	0.50	มากที่สุด
5. ฉันคิดว่าการฉีดวัคซีน HPV ค่ำค่า	3.17	1.31	น้อย	4.40	0.49	มากที่สุด
รวม	3.05	0.64	ปานกลาง	4.51	0.22	มากที่สุด

4) การรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีน HPV ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีน HPV อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.01$, S.D. = 0.64) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคสูงสุด คือ "ฉันกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีน HPV" ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = 1.35) และ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV มีราคาแพง" ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = 1.41) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากันและอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ "ฉันคิดว่าฉันไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV" ($\bar{X} = 3.10$, S.D. = 1.51) อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีการรับรู้รองลงมาคือ "ฉันกลัวเข็มฉีดยา" ($\bar{X} = 2.90$, S.D. = 1.44) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคน้อยที่สุดคือ "ฉันไม่สะดวกที่จะเดินทางไปรับวัคซีน HPV" ($\bar{X} = 2.70$, S.D. = 1.53) ซึ่งยังคงอยู่ในระดับปานกลาง

หลังการทดลอง พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีน HPV ลดลงเป็นระดับน้อย ($\bar{X} = 2.03$, S.D. = 0.35) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคสูงสุด คือ "ฉันไม่สะดวกที่จะเดินทางไปรับวัคซีน HPV" ($\bar{X} = 2.27$, S.D. = 0.75) รองลงมาคือ "ฉันกลัวเข็มฉีดยา" ($\bar{X} = 2.05$, S.D. = 0.67) ข้อที่มีการรับรู้ระดับเดียวกันคือ "ฉันกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีน HPV" ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = 0.80) และ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV มีราคาแพง" ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = 0.80) ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าเป็นอุปสรรค แสดงผลตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงมาตรฐานและการแปลผลข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีน HPV ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

การรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีน HPV	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ฉันกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีน HPV	3.18	1.35	ปานกลาง	1.98	0.80	น้อย
2. ฉันคิดว่าวัคซีน HPV มีราคาแพง	3.18	1.41	ปานกลาง	1.98	0.80	น้อย

(ต่อ) ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงมาตรฐานและการแปลผลข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อ การฉีดวัคซีน HPV ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

การรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีน HPV	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
3. ฉันไม่สะดวกที่จะเดินทางไปรับวัคซีน HPV	2.70	1.53	ปานกลาง	2.27	0.75	น้อย
4. ฉันกลัวเข็มฉีดยา	2.90	1.44	ปานกลาง	2.05	0.67	น้อย
5. ฉันคิดว่าฉันไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV	3.10	1.51	ปานกลาง	1.85	0.83	น้อย
รวม	3.01	0.64	ปานกลาง	2.03	0.35	น้อย

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อ HPV หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อ HPV สูงวก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -7.236$, $p < 0.001$)

2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ HPV หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ HPV สูงวก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -12.589$, $p < 0.001$) โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอยู่ที่ -1.240 (95% CI = -1.439 ถึง -1.040)

3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน HPV หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน HPV หลังการทดลอง สูงวก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -13.278$, $p < 0.001$) โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอยู่ที่ -1.465 (95% CI = -1.688 ถึง -1.241)

4) ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีน HPV หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีน HPV ต่ำวก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 8.200$, $p < 0.001$) โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.985 (95% CI = 0.7420 ถึง 1.227) แสดงตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	N	$\bar{X}$	S.D.	95% CI	t	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อ HPV						
ก่อนการทดลอง	40	3.04	0.74	-1.183 ถึง	-7.236	<0.001*
หลังการทดลอง	40	3.96	0.40	-0.666		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ HPV						
ก่อนการทดลอง	40	2.81	0.63	-1.439 ถึง	-12.589	<0.001*
หลังการทดลอง	40	4.05	0.33	-1.040		
การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน HPV						
ก่อนการทดลอง	40	3.05	0.64	-1.688 ถึง	-13.278	<0.001*
หลังการทดลอง	40	4.51	0.22	-1.241		
การรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีน HPV						
ก่อนการทดลอง	40	3.01	0.64	0.7420 ถึง	8.200	<0.001*
หลังการทดลอง	40	2.02	0.35	1.227		

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

3. ทศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.05$, S.D. = 0.32) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกสูงสุดคือ "ฉันมั่นใจว่าวัคซีน HPV จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูก" ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 1.44) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับนักเรียนหญิงทุกคน" ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 1.35), "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ปลอดภัยสำหรับการใช้งาน" ($\bar{X} = 3.22$, S.D. = 1.47) และ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ไม่ส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ในอนาคต" ($\bar{X} = 3.20$, S.D. = 1.50) ซึ่งทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีทัศนคติเชิงบวกรองลงมาอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกน้อยที่สุดคือ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV สามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้หลายสายพันธุ์" ($\bar{X} = 2.87$, S.D. = 1.53) และ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ไม่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ" ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = 1.27) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนหลังการทดลอง พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.12) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกสูงสุด คือ "ฉันเชื่อมั่นว่าวัคซีน HPV มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ HPV" ($\bar{X} = 4.65$, S.D. = 0.48) และ "ฉันเชื่อว่าวัคซีน HPV ได้รับการทดสอบอย่างเข้มงวดและปลอดภัย" ($\bar{X} = 4.65$, S.D. = 0.48) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน รองลงมาคือ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ไม่ส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ในอนาคต" ($\bar{X} = 4.63$, S.D. = 0.49) ข้อที่มีทัศนคติเชิงบวกรองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกน้อยที่สุดคือ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV เป็นวิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ดีที่สุด" ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 0.48) และ "ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ปลอดภัยสำหรับการใช้งาน" ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 0.48) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากันและยังคงอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และการแปลผลทัศนคติต่อประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของวัคซีน HPV ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ทัศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัย ของวัคซีน HPV	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ฉันเชื่อมั่นว่าวัคซีน HPV มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ HPV	2.65	1.31	ปานกลาง	4.65	0.48	มากที่สุด
2. ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ปลอดภัยสำหรับการใช้งาน	3.22	1.47	ปานกลาง	4.35	0.48	มากที่สุด
3. ฉันมั่นใจว่าวัคซีน HPV จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูก	3.40	1.44	ปานกลาง	4.42	0.50	มากที่สุด
4. ฉันคิดว่าวัคซีน HPV มีประโยชน์ต่อสุขภาพของฉัน	3.15	1.23	ปานกลาง	4.45	0.50	มากที่สุด
5. ฉันเชื่อว่าวัคซีน HPV ได้รับการทดสอบอย่างเข้มงวดและปลอดภัย	3.15	1.40	ปานกลาง	4.65	0.48	มากที่สุด
6. ฉันคิดว่าวัคซีน HPV เป็นวิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ดีที่สุด	2.93	1.45	ปานกลาง	4.35	0.48	มากที่สุด
7. ฉันรู้สึกสบายใจที่จะรับวัคซีน HPV	3.05	1.28	ปานกลาง	4.42	0.50	มากที่สุด

(ต่อ) ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และการแปลผลทัศนคติต่อประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของวัคซีน HPV ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ทัศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัย ของวัคซีน HPV	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
8. ฉันคิดว่าผลข้างเคียงของวัคซีน HPV ไม่รุนแรง	2.98	1.54	ปานกลาง	4.45	0.50	มากที่สุด
9. ฉันไม่กังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีน HPV	3.05	1.46	ปานกลาง	4.55	0.50	มากที่สุด
10. ฉันคิดว่าข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน HPV น่าเชื่อถือ	2.93	1.36	ปานกลาง	4.55	0.50	มากที่สุด
11. ฉันคิดว่าบุคลากรทางการแพทย์แนะนำให้ฉีดวัคซีน HPV อย่างถูกต้อง	3.08	1.40	ปานกลาง	4.43	0.50	มากที่สุด
12. ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ค่อนข้างดี	3.10	1.49	ปานกลาง	4.47	0.50	มากที่สุด
13. ฉันคิดว่าวัคซีน HPV สามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้หลายสายพันธุ์	2.87	1.53	ปานกลาง	4.48	0.50	มากที่สุด
14. ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ไม่ส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ในอนาคต	3.20	1.50	ปานกลาง	4.63	0.49	มากที่สุด
15. ฉันคิดว่าวัคซีน HPV ไม่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ	2.83	1.27	ปานกลาง	4.55	0.50	มากที่สุด
16. ฉันคิดว่าวัคซีน HPV เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับนักเรียนหญิงทุกคน	3.25	1.35	ปานกลาง	4.53	0.50	มากที่สุด
17. ฉันคิดว่าควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน HPV มากขึ้น	3.12	1.26	ปานกลาง	4.43	0.50	มากที่สุด
18. ฉันพร้อมที่จะแนะนำวัคซีน HPV ให้กับเพื่อนๆ	2.95	1.44	ปานกลาง	4.42	0.50	มากที่สุด
19. ฉันเชื่อว่าวัคซีน HPV เป็นการลงทุนเพื่อสุขภาพในระยะยาว	3.03	1.51	ปานกลาง	4.50	0.50	มากที่สุด
20. ฉันคิดว่าการฉีดวัคซีน HPV เป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง	3.10	1.33	ปานกลาง	4.55	0.50	มากที่สุด
รวม	3.05	0.32	ปานกลาง	4.50	0.12	มากที่สุด

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -29.738$, $p < 0.001$) แสดงตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV ก่อนและหลังการทดลอง

ทัศนคติต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV	N	$\bar{X}$	S.D.	95% CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	40	3.05	0.32	-1.5472 ถึง	-29.738	<0.001*
หลังการทดลอง	40	4.50	0.12	-1.350		

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

5. การยอมรับการฉีดวัคซีน HPV ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการยอมรับการฉีดวัคซีน HPV ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ยินดียอมรับการฉีดวัคซีน HPV จำนวน 21 คน (ร้อยละ 52.5) และมีผู้ที่ยินดียอมรับการฉีดวัคซีน จำนวน 19 คน (ร้อยละ 47.5) หลังการทดลอง พบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ยินดียอมรับการฉีดวัคซีน HPV เพิ่มขึ้นเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 32 คน (ร้อยละ 80.0) และมีผู้ที่ไม่ยินดียอมรับการฉีดวัคซีนลดลงเหลือ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 20.0)

6. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลา (ก่อนและหลังการทดลอง) กับการยอมรับการฉีดวัคซีน HPV ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลา (ก่อนและหลังการทดลอง) กับการยอมรับการฉีดวัคซีน HPV โดยใช้สถิติ Pearson Chi-Square พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 9.141$, $df = 1$, $p = 0.002$) แสดงผลตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละการยอมรับการฉีดวัคซีน HPV ก่อนและหลังการทดลอง

การยอมรับการฉีดวัคซีน HPV	จำนวน	ร้อยละ	χ^2	p-value*
ก่อนการทดลอง				
ไม่ยินดี	21	52.5		
ยินดี	19	47.5		
หลังการทดลอง			9.141	0.002
ไม่ยินดี	8	20.0		
ยินดี	32	80.0		

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับ HPV และวัคซีน HPV ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการฉีดวัคซีน HPV สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น ควบคู่กับการรับรู้ประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นและอุปสรรคที่ลดลง จะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น⁽⁶⁾ ซึ่งกิจกรรมโปรแกรม เช่น การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อ HPV การติดต่อของโรค รวมถึงผลกระทบ และความเชื่อมโยงกับมะเร็งปากมดลูก และกิจกรรมกลุ่มระดมสมองเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ได้ช่วยเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ในการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพและ

ความปลอดภัยของวัคซีน ได้ช่วยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ ในขณะที่การอภิปรายเกี่ยวกับอุปสรรคและแนวทางการจัดการ ได้ช่วยลดการรับรู้อุปสรรค สอดคล้องกับงานวิจัยของอาจินต์ สงทับ (2560)⁽⁷⁾ ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในนักเรียนมัธยมปลายจังหวัดตรัง ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับ HPV และวัคซีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต้องเกิดจากการมีความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างเพียงพอ⁽⁸⁾ การที่บุคคลได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น และมีเจตคติ (Attitude) เพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตามมา แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย สามารถเพิ่มการรับรู้ในมิติต่าง ๆ ตามแนวคิด HBM ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทักษะติดต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ นักเรียนมีทัศนคติเชิงบวกต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน HPV สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ซึ่งระบุว่า ทักษะติดต่อเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจและพฤติกรรม⁽⁹⁾ และในการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน การแก้ไขความเข้าใจผิด จะช่วยเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกผ่านการแบ่งปันประสบการณ์และบุคคลต้นแบบ และการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้มีส่วนช่วยในการสร้างความเชื่อมั่นและปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นไปในเชิงบวกมากขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของจิรภัทร เมัทภูมิ และวรรณภา ชานทอง (2567)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าทัศนคติต่อวัคซีน HPV เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรับวัคซีนมากที่สุดในนักเรียนหญิงมัธยมปลายจังหวัดชัยนาท

3. การยอมรับการฉีดวัคซีน HPV ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ นักเรียนมีการยอมรับ (ความตั้งใจ) ในการฉีดวัคซีน HPV สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และทัศนคติ ได้สนับสนุนแนวคิดของ HBM และ TPB ที่ว่าเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะเอาชนะอุปสรรค ควบคู่ไปกับการมีทัศนคติเชิงบวกและรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (ผ่านบุคคลต้นแบบและบุคลากรทางการแพทย์ในโปรแกรม) จะนำไปสู่ความตั้งใจและการยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ สอดคล้องกับอาจินต์ สงทับ (2560)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีความต้องการรับวัคซีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ จะเห็นว่า การฉีดวัคซีน HPV นั้นถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้น เป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ โดยสามารถชักนำไปสู่การปฏิบัติได้⁽¹²⁾ ในการจัดการเรียนรู้และการใช้สื่อต่าง ๆ ทำให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งความรู้นั้นจะมีผลอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติทั้งในทางตรงและทางอ้อม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1) ควรมีการนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในโรงเรียนมัธยมศึกษาอื่นๆ โดยอาจบูรณาการเข้ากับหลักสูตรสุขภาพ หรือจัดเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรอย่างสม่ำเสมอ เน้นกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วม เช่น การอภิปรายกลุ่ม การใช้สื่อที่น่าสนใจ และการเชิญบุคคลต้นแบบ เป็นต้น

2) ควรสนับสนุนการจัดกิจกรรมให้ความรู้และรณรงค์เกี่ยวกับวัคซีน HPV ในโรงเรียนและชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปลอดภัย รวมถึงมีการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงวัคซีน เช่น การจัดหน่วยบริการฉีดวัคซีนเคลื่อนที่ในสถานศึกษา เป็นต้น

3) ควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัคซีน HPV และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับการฉีดวัคซีนของบุตรหลานตนเอง โดยอาจจัดกิจกรรมให้ความรู้สำหรับผู้ปกครองควบคู่ไปกับนักเรียน

4) ควรพิจารณาขยายนโยบายการฉีดวัคซีน HPV ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ โดยการสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขในการดำเนินโครงการส่งเสริมการฉีดวัคซีน HPV

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทำการวิจัยในรูปแบบการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม หรือศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และครอบคลุมโรงเรียนในบริษัทที่หลากหลายมากขึ้น

2) ควรมีการติดตามผลระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมินว่าความรู้ ทักษะ และการยอมรับวัคซีน HPV และติดตามผลการฉีดวัคซีนจริง (Actual vaccine uptake) ของกลุ่มตัวอย่าง

3) ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมที่แตกต่างกัน เช่น เปรียบเทียบระหว่างการบรรยายกับการใช้บุคคลต้นแบบ หรือการใช้สื่อประเภทต่าง ๆ รวมถึงการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการยอมรับวัคซีน HPV เช่น อิทธิพลของเพื่อน ครู บทบาทของผู้ปกครอง ความเชื่อทางวัฒนธรรม หรือการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะครู อาจารย์ ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย และอาจารย์ประเสริฐ บินตะคุ คณะเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องท่านอื่น ๆ ที่ให้คำแนะนำให้ข้อมูลและอาสาที่เข้าร่วมกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกำลังใจที่สนับสนุนให้ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. 2020 [cited 2024 March 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
2. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ กรมควบคุมโรค. แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 โรค [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1484620231024034508.pdf>
3. สมาคมวิจัยมะเร็งสหรัฐอเมริกา(AACR). มะเร็งปากมดลูก [อินเทอร์เน็ต]. 2567.[เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.aacr.org/patients-caregivers/cancer/cervical-cancer/>
4. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. สปสช. หนุนวัคซีน HPV 1.7 ล้านโดส ฉีดให้เด็กหญิงอายุ 11 – 12 ปี หวังลดโรคมะเร็งปากมดลูก [อินเทอร์เน็ต]. 2568. [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://www.sdgmovement.com/2024/04/05/vaccine-hpv-women-thailand/>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงานประจำปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.wnko.moph.go.th/main_new/

6. Champion,V. L., Skinner C. S., (2 0 0 8) . Thehealth belief model. InK. Glanz,B.K.Rimer,K.Viswanath (Eds.), Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed). San Francisco: Jossey-Bass
7. อาจันต์ สงทับ. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ทักษะ และการยอมรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (วัคซีนเอชพีวี) ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4, 29–44.
8. Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. Health Education Monographs.
9. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes; 50(2):179-211.
10. จิรภัทร เมัทธุม, วรรณภา ชานทอง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจรับวัคซีน HPV ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท. ปริญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2567.
11. อาจันต์ สงทับ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ทักษะ และการยอมรับวัคซีน ป้องกันมะเร็งปากมดลูก (วัคซีนเอชพีวี) ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2560; 4(3): 29–44.
12. โชติระวี อินจำปา,รัตนศิริ หาโต. ปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีนป้องกันมะเร็งจากเชื้อ HPV ในชายรัก ชาย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2557; 30(1): 1-21

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรง สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of a Care Model for Psychiatric Patients to Prevent Severe Relapse
for Caregivers and Families at Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province.

ศิริดา ฝ้ายขาว พย.บ.

Sirada Faikhao, (B.N.S)

ภรกต สุฝน พย.บ., ประ.ด.

Porakot Soofon, (B.N.S, Ph.D)

จิรัสย์ สมัคราษฎร์ พ.บ.

Jirat samakrad, (M.D.)

ธนภฤต ก้อนตะเสน วท.บ.

Thanakrit kontasen, (B.Sc.)

โรงพยาบาลโพธิสัย

Phophisai Hospital

จังหวัดหนองคาย

Nong Khai Province

(Received: 7 May 2025, Revised 31 May 2025, Accepted: 7 June 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรง สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์การดูแลในมุมมองผู้ให้บริการและผู้ดูแล 2) พัฒนารูปแบบการดูแล 3) การทดลองใช้และประเมินผล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์ แบบประเมินระดับความถี่ของการเกิดอาการกำเริบ และการประเมินระดับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อลดอาการกำเริบ ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างด้วย Paired-test

ผลการวิจัย ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผู้ป่วยมีอาการอาการกำเริบลดลง เนื่องจากมีการจัดตั้งคลินิกจิตเวชที่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ช่วยให้การวางแผนการจำหน่าย รวมถึงสื่อสารสื่อที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตเห็นอาการผิดปกติได้ทัน ส่งผลต่อการจัดการกับอาการที่กำลังจะกำเริบได้เป็นอย่างดี ดังนั้น จึงควรขยายผลการนำเอารูปแบบนี้ไปสู่เครือข่ายในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช, การป้องกันอาการกำเริบรุนแรง, ผู้ดูแล, ครอบครัว

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศิริดา ฝ้ายขาว **อีเมล :** srd002513@gmail.com

Abstract

This research and development study aimed to develop a care model for psychiatric patients to prevent severe relapses, specifically for caregivers and families at Phonphaisai Hospital, Nong Khai Province. The study was conducted in three phases: 1) examining the current care situation from the perspectives of service providers and caregivers, 2) developing the care model, and 3) implementing and evaluating the model. Research instruments included interview guides, a relapse frequency assessment scale, and a behavioral assessment tool for relapse prevention practices. The study was carried out from October 2024 to March 2025. Data analysis employed content analysis for qualitative data and basic statistics for quantitative data, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Differences were analyzed using the paired t-test.

The findings showed that after using the developed care model found that caregivers had significantly better knowledge, skills, and behaviors in caring for patients ($p < 0.05$) and patients experienced fewer relapses because a psychiatric clinic with clear care guidelines was established, which helped with discharge planning and effective communication, allowing caregivers to notice abnormal symptoms in time, which resulted in effective management of symptoms that were about to relapse. Therefore, the implementation of this model should be expanded to networks in the community.

Keywords : psychiatric care model, relapse prevention, caregivers, families

Corresponding author : Sirada Faikhao **Email :** srd002513@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นประเด็นสำคัญในระดับโลก เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการกำเริบซ้ำและพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น รายงานขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ พบว่า ประมาณ 1 ใน 8 ของประชากรโลกประสบปัญหาสุขภาพจิต โดยโรคพบมากที่สุด คือ โรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ข้อมูลจากสหรัฐอเมริการะบุว่า ความชุกของโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) อยู่ที่ร้อยละ 4.1 ของประชากร และผู้ที่มีประวัติใช้สารเสพติดมีแนวโน้มก่อความรุนแรงสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁾ ซึ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ไม่ประสบผลสำเร็จเพราะมีหลายประเด็นมาเกี่ยวข้อง เช่น หลาย ๆ คนยังเข้าใจว่าเป็นแค่ “อารมณ์ไม่ดี” หรือ “คิดมากเกินไป” ไม่ใช่โรคจริงจึง ขณะที่ตัวของผู้ป่วยเองก็อาจไม่ตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นคืออาการของโรคที่ควรได้รับการรักษา อีกทั้งข้อจำกัดด้านบุคลากรทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 4 ล้านคน หรือร้อยละ 6.44 ของประชากร ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทและซึมเศร้า สามารถเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 38.75 เท่านั้น⁽³⁾ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดและความรุนแรงมีแนวโน้มสูงขึ้นชัดเจน⁽⁴⁾

สำหรับพื้นที่บริการสุขภาพที่ 8 พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ขึ้นทะเบียนมากกว่า 25,000 ราย และมีอัตราการขาดนัดสูงถึงร้อยละ 40 และกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบาย “สุขภาพจิตและการบำบัดสารเสพติด” เป็นวาระสำคัญ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงพัฒนา ทีมดูแลและ

เสริมบทบาทของครอบครัวในชุมชน⁽⁵⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยลดโอกาสการเกิดอาการกำเริบซ้ำ และลดภาระต่อระบบสาธารณสุข^(6,7) จะเห็นว่า ปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบซ้ำ ส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับการขาดความตระหนักรู้ในตนเอง และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว⁽⁸⁾ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามการใช้ยาต้านจิตเวช ได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก ที่เชื่อมโยงกับการกลับมาป่วยซ้ำและการต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลซ้ำ^(9,10,11) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่ควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบอย่างยั่งยืน

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสะสมจำนวน 813, 877 และ 1,007 คน ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้ พบว่า เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทรุนแรงและเรื้อรัง เช่น โรคจิตเภทหวาดระแวง หรือกลุ่มอาการรุนแรงที่คล้ายคลึงกับโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 60.52, 57.01 และ 57.29 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 321 เป็น 422 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.91 และในปี 2567 พบกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสะสม 577 ราย มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยถึง 190 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.92 นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ 44, 65 และ 86 ราย ตามลำดับ ซึ่งในช่วงสามปีที่ผ่านมา มีอัตราการเกิดอาการกำเริบเพิ่มจากร้อยละ 8.67 เป็น 13.96 และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลระดับสูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลหนองคายและโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เป็นต้น จากผลการติดตามสาเหตุของอาการกำเริบ พบว่า เกิดจากการใช้สารเสพติดถึงร้อยละ 82.36 และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 17.64 จากสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ พบว่า ในปี 2565–2567 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการ ฆ่าตัวตาย 5, 4 และ 8 ราย คิดเป็นอัตรา 6.53, 5.20 และ 10.89 ต่อประชากรแสนคน โดยมีสาเหตุหลักจากพิษของสารเสพติด (ร้อยละ 55.55) และพฤติกรรมahunหันพลันแล่นซึ่งสัมพันธ์กับการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 44.44

จากการให้บริการของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยที่ผ่านมา พบว่า จะมุ่งเน้นที่การให้คำปรึกษากับครอบครัวเพื่อแนะนำแนวทางการดูแล การใช้ยา และการป้องกันการใช้สารเสพติด แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่พัฒนาทักษะของผู้ดูแลอย่างชัดเจน ส่งผลให้เมื่อเกิดอาการผิดปกติในผู้ป่วย ผู้ดูแลจำนวนมากไม่สามารถประเมินสัญญาณเตือนได้ ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวได้ทัน ส่งผลให้การนำเข้าสู่กระบวนการรักษาเป็นไปอย่างล่าช้า และกระบวนการดูแลมีความซับซ้อนมากขึ้น และจากการสอบถามผู้ดูแลในพื้นที่ พบว่า ส่วนใหญ่อยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช มีทัศนคติในแง่ลบ มองว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว และไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับผู้ป่วย ทำให้เมื่อเกิดอาการกำเริบรุนแรงมักไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวช จึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรงสำหรับผู้ดูแลและครอบครัว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองของแบนดูรา⁽¹²⁾ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁽¹³⁾ และแนวคิด Early Warning Signs⁽¹⁴⁾ พร้อมเสริมบทบาทการให้คำปรึกษาสุขภาพตามแนวทางการพยาบาล⁽¹⁵⁾ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลให้สามารถจัดการอาการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ศึกษาสถานการณ์การดูแล พัฒนารูปแบบและทดลองใช้พร้อมประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรงสำหรับผู้ดูแลและครอบครัว

วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้การวิจัย เชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงมีนาคม 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรง ดำเนินการที่โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 15 คน ได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2) กลุ่มผู้ดูแลและครอบครัว จำนวน 5 คน คัดเลือกจากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใน อำเภอโพธิสัย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แยกประเด็น ตามกลุ่ม ซึ่งแนวคำถามได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำไปคำนวณค่า IOC ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วง 0.80–1.00 เป็นต้น

3) การเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

4) เก็บรวบรวมข้อมูล จัดหมวดหมู่ และตีความเนื้อหาอย่างเป็นระบบวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรง โดยใช้ผลการศึกษาระยะที่ 1 มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิดตามทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองของแบนดูรา⁽¹²⁾ การดูแลตนเองของโอเร็ม⁽¹³⁾ Early Warning Signs⁽¹⁴⁾ และการให้คำปรึกษา สุขภาพ⁽¹⁵⁾ มีกระบวนการ ดังนี้

1) การร่างและพัฒนารูปแบบ โดยดำเนินการเดือนพฤศจิกายน 2567 โดยสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 5 ปี จำนวน 18 คน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลจัดทำร่างรูปแบบเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.80-1.00) โดยร่างรูปแบบที่พัฒนา ได้แก่

- PPS Mental Health Relapse Prevention Clinic Model: เน้นระบบประเมินความเสี่ยง การให้สุขศึกษา การติดตามเชิงรุกและแผนดูแลรายบุคคล โดยเน้นบทบาทผู้ดูแล

- CARE-Family Model: พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยการให้ความรู้ มีการจัดทำสื่อ 5 สัญญาณเตือน และสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ รวมถึงการเชื่อมระบบดูแลผ่าน Telemedicine เป็นต้น

- SAFE-Transition Model: การเตรียมก่อนจำหน่าย ร่วมวางแผนดูแล จัดชุดข้อมูลก่อนกลับบ้าน และติดตามหลังจำหน่าย

2) การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา การตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามมาตราส่วน 5 ระดับ เสนอผู้เชี่ยวชาญ 30 คน (โรงพยาบาล จำนวน 15 คน ชุมชน จำนวน 15 คน) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การตรวจคุณภาพเครื่องมือ พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา⁽¹⁶⁾ โดยมีค่า IOC = 0.80–1.00 ความเชื่อมั่น⁽¹⁷⁾ นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.93 เป็นต้น

3) การเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามผ่าน Google Form

4) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล ใช้แบบแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการที่โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ กำเริบใน 1 ปีที่ผ่านมาและผู้ดูแลหลักจากข้อมูลผู้ป่วย 86 คน คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 38 คน เพื่อการสูญเสียข้อมูล 10%⁽¹⁷⁾ เก็บข้อมูลจริงจาก 60 คน (ผู้ป่วย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน) เกณฑ์คัดเข้า: อายุ 20–60 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทไบโพลาร์ หรือโรคจิตจากสารเสพติด อาศัยในอำเภอโพธิ์พิสัย และมีผู้ดูแลที่สามารถเข้าร่วมได้ โดยมีเกณฑ์คัดออกคือ 1) ผู้ป่วยอยู่ระหว่างควบคุมตัว 2) มีภาวะสมองเสื่อม 3) เจ็บป่วยรุนแรง หรือไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ 2) แบบประเมินระดับความถี่ของการเกิดอาการกำเริบ ($IOC = 0.93$, $KR-20 = 0.86$) 3) แบบประเมินพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว เพื่อลดอาการกำเริบ ($IOC = 0.94$, $\alpha = 0.89$) 4) แบบประเมินพฤติกรรมในการรับประทานยา ($IOC = 0.95$, $\alpha = 0.87$) 5) แบบประเมินพฤติกรรมในการเข้าร่วมกิจกรรมดูแลร่วมกับครอบครัว ($IOC = 0.92$, $\alpha = 0.90$) 6) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการเตือน ($IOC = 0.96$, $KR-20 = 0.86$) และ 7) แบบประเมินความสามารถในการวางแผนและสื่อสารกับทีมสุขภาพ ($IOC = 0.93$, $\alpha = 0.91$) โดยคุณภาพเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา 0.92–0.96 และความเชื่อมั่น 0.86–0.91

การเก็บข้อมูลโดยใช้แจ้งรายละเอียด ขอความยินยอม และให้ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนหลังพัฒนาฯ ด้วยสถิติ Paired Sample t-test เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย (เลขที่ ECPPS 03/2568 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2567) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ผลดี ผลเสีย สิทธิการถอนตัวโดยไม่กระทบการรักษา และรับรองว่าข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อการพัฒนาเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76.67 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 73.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 93.33 โรคที่วินิจฉัยมากที่สุด คือโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 60 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 50

2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 83.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 73.33 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา หรือมารดาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 63.33 เป็นต้น

2. การประเมินระดับความถี่ของการเกิดอาการกำเริบ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ การดูแลที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลฯ ผู้ดูแลประเมินว่า ผู้ป่วยมีอาการกำเริบอยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 2.06 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D. เท่ากับ 0.22)

หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.09 (S.D. เท่ากับ 0.25) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยแสดงถึงผู้ดูแลสามารถรับรู้ สังเกตเห็นอาการเตือนก่อนกำเริบได้มากขึ้น หลังจากได้รับความรู้และกิจกรรมรายการงานอาการผู้ป่วยรายวัน ผ่านgoogle form ซึ่งอาการกำเริบที่เกิดขึ้นผู้ดูแลสามารถดักจับได้ก่อนที่จะมีอาการรุนแรง ทำให้สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงทีโดยที่ไม่เกิดผลกระทบที่รุนแรง สะท้อนถึงความสามารถในการประเมินและสื่อสารอาการของผู้ป่วยที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระดับความถี่การเกิดอาการกำเริบของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความถี่การเกิดอาการกำเริบของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น (n=30)

ระดับความถี่การเกิดอาการกำเริบ	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการดูแลฯ	2.06	0.22	11.49	29	0.00*
หลังใช้รูปแบบการดูแลฯ	3.09	0.25			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การประเมินระดับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อลดอาการกำเริบของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเพื่อลดอาการกำเริบ มีพฤติกรรมในการรับประทานยา และการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคและการสังเกตอาการเตือนของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ภายหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเพื่อลดอาการกำเริบ มีพฤติกรรมในการรับประทานยา และการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคและการสังเกตอาการเตือนของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมเพื่อลดอาการกำเริบ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังพัฒนาฯ (N=30)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			t	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.		
เพื่อลดอาการกำเริบ								
ระดับดี (24–30 คะแนน)	0			2 (6.67)				
ระดับปานกลาง (18-23 คะแนน)	3 (10)	1.83	0.09	5 (16.67)	2.46	0.10	9.40	0.00*
ระดับต่ำ (0-17 คะแนน)	27 (90)			23 (76.66)				
การรับประทานยา								
ระดับสูง (13–15 คะแนน)	0			13 (43.33)				
ระดับปานกลาง (9–12 คะแนน)	9 (30)	1.36	0.50	17 (56.67)	2.44	0.50	18.76	0.00*
ระดับต่ำ (0–8 คะแนน)	21 (70)			0				

(ต่อ) ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมเพื่อลดอาการกำเริบ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลัง พัฒนาฯ (N=30)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			t	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.		
การเข้าร่วมกิจกรรมฯ								
ระดับดี (24–30 คะแนน)	0			12 (40)				
ระดับปานกลาง (18-23 คะแนน)	12 (40)	1.51	0.16	18 (60)	2.26	0.16	16.71	0.00*
ระดับต่ำ (0-17 คะแนน)	18 (60)			0				
ความรู้เกี่ยวกับโรคและ การสังเกตอาการเตือนของผู้ดูแล								
ระดับสูง (8–10 คะแนน)	25 (83.33)			30 (100)				
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	3 (10)	8.39	1.95	0	9.90	0.13	5.84	0.00*
ระดับน้อย (0-5 คะแนน)	2 (6.67)			0				

4. การประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผนต่อการดูแล และการสื่อสารกับทีมสุขภาพ ภายหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความสามารถอยู่ในระดับ "มาก" ทุกข้อที่ประเมิน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วงระหว่าง 3.56-4.40 คะแนน แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผนการดูแล และการสื่อสารกับทีมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบการดูแลฯ (n = 30)

ข้อ	รายการประเมิน	หลังการใช้รูปแบบฯ		ผลการประเมิน
		$\bar{x}$	S.D.	
1.	ข้าพเจ้าสามารถร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม	3.7	0.46	มาก
2.	ข้าพเจ้าสามารถจัดกิจวัตรประจำวันเพื่อช่วยลดความเครียดและป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วยได้	3.76	0.43	มาก
3.	ข้าพเจ้าสามารถปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงได้	3.83	0.37	มาก
4.	ข้าพเจ้าสามารถจดบันทึกหรือรายงานอาการเตือนหรือพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพทราบ	3.93	0.52	มาก
5.	ข้าพเจ้าสามารถพูดคุย แลกเปลี่ยน หรือสอบถามข้อมูลกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ	4.06	0.36	มาก
6.	ข้าพเจ้าทราบช่องทางการติดต่อทีมสุขภาพ และสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที	4.33	0.47	มาก
7.	ข้าพเจ้ารู้สึกข้าพเจ้าเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ	4.4	0.49	มาก

(ต่อ) ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลและการสื่อสารกับทีมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบการดูแลฯ (n = 30)

ข้อ	รายการประเมิน	หลังการใช้รูปแบบฯ		ผลการประเมิน
		$\bar{x}$	S.D	
8.	ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมในการวางแผนการใช้ยา การนัดหมาย และการติดตามอาการของผู้ป่วย	3.56	0.72	มาก
9.	ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจในการอธิบายอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์รับทราบ	3.9	0.71	มาก
10.	ข้าพเจ้าสามารถประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น	3.66	0.48	มาก

วิจารณ์

จากการศึกษาสถานการณ์ของปัญหาการดูแลผู้ป่วยฯ ในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้ดูแล พบว่า การขาดกิจกรรมส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแล จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลบางคนอาจไม่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับโรคจิตเวช วิธีดูแลผู้ป่วย หรือไม่เข้าใจบทบาทสำคัญของตนเองในการฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ป่วย รวมถึงผู้ดูแลบางรายอาจรู้สึกอับอาย ไม่อยากเปิดเผยว่ามีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว หรือได้รับแรงกดดันทางสังคม จึงไม่กล้ามีส่วนร่วมในกิจกรรม ดังนั้น หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องอาจมีงบประมาณ บุคลากร หรือเวลาจำกัด ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ในระบบการแยกกลุ่มเสี่ยง และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างคลินิกและครอบครัวเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งถ้าหากไม่มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมอย่างทั่วถึง ผู้ดูแลอาจไม่ทราบถึงกิจกรรมหรือโอกาสในการพัฒนา และมีส่วนร่วม และในส่วนของผู้ให้บริการยังมีภาระงานสูง ขาดทรัพยากรและแนวทางในการประเมินอาการเตือนของผู้ป่วย ขณะที่ผู้ดูแลยังขาดความรู้ ทักษะคิด ที่เหมาะสม และทักษะการรับมือกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย มุมมองของผู้ดูแลสะท้อนปัญหาในด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีข้อจำกัด เช่น ผู้ดูแลสูงอายุ มีโรคประจำตัว หรือมีภาระทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura⁽¹²⁾ ตามทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy Theory) ซึ่งระบุว่า หากผู้ดูแลมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับแนวคิดของ Orem⁽¹³⁾ ตามทฤษฎีการพยาบาลแบบการดูแลตนเอง (Self-Care Theory) ซึ่งให้เห็นว่า การดูแลที่มีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้ส่งเสริมและให้การสนับสนุนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย และจากการศึกษาของชาลินี พูลเพิ่ม⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้ดูแลต้องการความรู้และแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในสถานการณ์จริง สอดคล้องกับยุพาภรณ์ พงศ์ศรี⁽¹⁹⁾ ที่เสนอว่า รูปแบบที่มีการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะสามารถลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน จะเห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นบทบาทผู้ดูแลร่วมกับทีมสุขภาพอย่างมีระบบ ทั้งในระดับคลินิกชุมชนและครอบครัว ทั้งนี้เพื่อเสริมศักยภาพในการป้องกันอาการกำเริบรุนแรง และสร้างระบบดูแลแบบองค์รวมที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ในการพัฒนารูปแบบฯ นั้น ได้อาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันอาการกำเริบรุนแรง สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวฯ ทำให้ได้รูปแบบการดูแลฯ ที่เหมาะสม มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยพิจารณาจากองค์ประกอบทั้ง 3 ที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (≥ 4.0) ซึ่งแสดงให้เห็นถึง

ศักยภาพในการนำไปใช้จริงที่ความสอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพจิตในระดับชุมชน โดยองค์ประกอบที่ 1 พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกจิตเวช (PPS Mental Health Relapse Prevention Clinic Model) โดยการมีระบบติดตามกลุ่มเสี่ยง และการเพิ่มบทบาทผู้ดูแลและครอบครัว ในคลินิกจิตเวช จะช่วยให้ลดอาการกำเริบให้ลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของกรมสุขภาพจิต⁽²⁰⁾ และงานของอรอนงค์ จิตต์แจ้ง⁽²¹⁾ ที่เสนอให้คลินิกจิตเวชเข้าไปมีบทบาทเชิงรุกมากกว่าการให้ยาตามนัด สำหรับองค์ประกอบที่ 2 โดยการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (CARE-Family Model) ซึ่งเป็นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในการให้ความรู้โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยี เช่น LINE กลุ่ม และ QR Code เข้ามาช่วยในการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับ Dixon et al.⁽²²⁾ และปิยาภรณ์ มานะกิจ⁽²³⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนผู้ดูแลผ่านช่องทางดิจิทัลได้ช่วยลดภาระทีมรักษา และเพิ่มการรับรู้ของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย และองค์ประกอบที่ 3: SAFE-Transition Model โดยให้ผู้ดูแลเข้าไปมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบ Family-Centered Care, Thornicroft et al.⁽²⁴⁾ และยุพาภรณ์ พงศ์ศรี⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การเตรียมครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น สามารถลดการกลับมากำเริบซ้ำ และเพิ่มการดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังได้สะท้อนแนวทางการดูแลจิตเวชแบบองค์รวม ที่เน้น “ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง” และการประสานงานในระบบสุขภาพ ทั้งในระดับคลินิกและปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lakkanasirorat et al.⁽²⁵⁾ ที่เสนอว่าการออกแบบระบบดูแลต่อเนื่องโดยใช้ครอบครัวและเครือข่ายชุมชนเป็นฐานจะช่วยลดภาวะกำเริบได้อย่างยั่งยืน

การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นได้ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้อาการกำเริบของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังสามารถประเมินความถี่ของอาการกำเริบได้มากขึ้น (จาก 2.06 เป็น 3.09, $p < .001$) ซึ่งไม่ใช่การกำเริบที่เพิ่มขึ้น แต่สะท้อนถึงการมีส่วนร่วม การสร้างความเข้าใจ และการตื่นตัวของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย สอดคล้องกับทฤษฎี Self-efficacy (Bandura, 1997)⁽¹²⁾ ที่ผู้ดูแลต้องมีความมั่นใจในการประเมินอาการมากขึ้น จะเห็นว่า ภายหลังที่ผู้ดูแลผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้เครื่องมือสื่อสาร และแบบฟอร์มเฝ้าระวังอาการ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลยังมีแนวโน้มที่ดีขึ้น สามารถวัดได้จากคะแนนพฤติกรรมเพื่อลดอาการกำเริบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของกิจกรรม ในรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมและวางแผนร่วมกันกับครอบครัวและทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา ของทองจันทร์ อุปจันทร์โท⁽²⁶⁾ หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ⁽²⁷⁾ และกนกรัตน์ ดานา⁽²⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาของมีทิศทางที่ดีขึ้น ($\bar{X}$ เท่ากับ 1.36 และเพิ่มขึ้นเป็น 2.44) แสดงถึงการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอมากขึ้นจากบทบาทของผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริม เช่นเดียวกับกับแนวคิด Self-efficacy และ ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และคณะ⁽²⁹⁾ นอกจากนี้ ในด้านความรู้และการสังเกตอาการเตือน พบว่า ระดับความรู้ของผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($\bar{X}$ เท่ากับ 9.90 เป็น 8.39) ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้ตามแนวทาง Adult Learning Theory⁽³⁰⁾ และกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่เชื่อมโยงบริบทจริง จากการศึกษาครั้งนี้ ได้ช่วยเพิ่มความสามารถในการวางแผนและสื่อสารกับทีมสุขภาพของผู้ดูแล และผลการประเมิน พบว่า ผู้ดูแล มีความสามารถในระดับมากทุกข้อ โดยเฉพาะในด้านการติดต่อประสานงานที่สร้างความมั่นใจในการรายงานข้อมูล และการร่วมวางแผนกับทีมสุขภาพ เช่นเดียวกับแนวทางของกรมสุขภาพจิต ที่ช่วยส่งเสริมการดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม⁽³¹⁾

จึงเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น สามารถเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะการวางแผน และความร่วมมือกับระบบสุขภาพจิตได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเสี่ยงของการกำเริบซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยั่งยืน อาจเป็นไปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้เกิดความครอบคลุมในการส่งเสริมการให้ความรู้เพิ่มทักษะ และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบทั้งในคลินิก ครอบครัวและชุมชน ตามแนวทางของ Holistic Care

และ Family-Centered Care ที่พบว่า การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร เช่น LINE กลุ่ม, QR Code, Google Form สามารถตอบโจทย์ปัญหาของชุมชนและความสะดวกของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่า แต่ละองค์ประกอบของรูปแบบฯ ได้เชื่อมโยงแนวคิดทางทฤษฎีที่เหมาะสม ทั้ง Self-efficacy Theory⁽¹²⁾, Adult Learning Theory⁽³¹⁾ และ Early Warning Signs Monitoring⁽³²⁾ ในการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อพฤติกรรมของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย จึงกล่าวได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ได้อย่างรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นความรู้ ความมั่นใจ การมีส่วนร่วม หรือการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับมาทำร้าย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว ทั้งนี้ยังเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลสู่ระบบสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยเสริมสร้างศักยภาพและมีระบบสนับสนุนในระดับชุมชน
2. ควรส่งเสริมให้รูปแบบดังกล่าวได้รับการนำไปทดลองใช้ในหน่วยบริการอื่นในระบบสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ และพัฒนาแนวทางสนับสนุนการประยุกต์ใช้
3. ควรส่งเสริมการใช้รูปแบบในระยะยาว พร้อมประเมินผลต่อเนื่องและควรมีการอบรมบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อขยายผลการดำเนินงานในระดับเขตสุขภาพและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลในระยะยาว (Longitudinal Study) ควรมีการติดตามผลการใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (6 เดือน–1 ปี) เพื่อประเมินผลกระทบที่ยั่งยืน
2. ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ควรประเมินต้นทุนและผลตอบแทนของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Cost-effectiveness analysis) เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายในการขยายผลรูปแบบในระดับเขตหรือระดับประเทศ
3. ควรวิจัยรูปแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น ในการสนับสนุนระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นระบบ เพื่อลดภาระของโรงพยาบาลและสร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิสัย ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ รวมถึงกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างมากในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฯ ในครั้งนี้

และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สนับสนุนให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for All [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 May 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
2. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: Systematic Review and meta-analysis. PLoS Med. 2009; 6(8): e1000120.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. กรมสุขภาพจิต. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2566–2570). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
5. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2568–2572. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2568.
6. มยุรี ลักณาศิริโรจน์, และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566; 41(1): 23–34.
7. Ahmad S, Khalid A, Batool S. Family support and relapse prevention among psychiatric Patients: A review. J Psychiatr Res. 2024; 168: 22–31.
8. แสงทอง เกศสุตา และลักขณาศิริโรจน์ พิมพ์ใจ. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน: การศึกษากรณี. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562; 33(2) 45–58.
9. Alene M, Worku A, Tadesse M, Kebede D. Adherence to antipsychotic treatment and Factors associated with non-adherence among schizophrenia patients in Ethiopia. Afr Health Sci. 2012; 12(3): 234–41.
10. Kamali M, Kelly L, Ghaemi SN, Baldessarini RJ, Hennen J, Rosenbaum JF. Child and Adolescent bipolar disorder: Review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006; 45(8): 973–83.
11. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
12. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
13. Taylor SG, Ren penning KM. Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem. New York: Springer Publishing Company; 2011.
14. Birchwood M, Smith J, MacMillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C. Early intervention In schizophrenia: The critical period hypothesis. Br J Psychiatry. 2018; 172(53): 53–9.
15. สำนักการพยาบาล. แนวทางการให้คำปรึกษาสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
16. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment Of criterion-referenced test item validity. Tijdschr Onderwijs Res. 1977; 2(2): 49–60.
17. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursingPractice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
18. ชาลินี พูนเพิ่ม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564; 35(2): 45–56

19. ยุพาภรณ์ พงศ์ศรี. การเตรียมครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช: แนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ.วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต. 2565; 36(2): 87-98
20. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ:กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
21. อรอนงค์ จิตต์แจ้ง. การเสริมพลังผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อป้องกันอาการกำเริบ.วารสารสุขภาพจิตชุมชน. 2565; 10(1): 22-34.
22. Dixon L, Lucksted A, Medoff D, Burland J, Stewart B, Lehman A, et al. OutcomesOf the family-to-family education program for families of persons with seriousMental illness: A randomized trial. Psychiatr Serv. 2014; 65(7): 868-75.
23. ปิยาภรณ์ มานะกิจ. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนบทบาทผู้ดูแลในชุมชน.วารสารพยาบาลชุมชน. 2563; 24(2): 45-57.
24. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al.Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigmaAnd discrimination. Lancet. 2016; 387(10023): 1123-32.
25. Lakkanasirorat R, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Suwanlert S. Community-Based relapse prevention model for schizophrenia: A family-focused approach.Asian J Psychiatry. 2023; 83: 103566.
26. ทองจันทร์ อุปจันทร์โท. การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว.วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566; 41(3): 112-26.
27. หทัยกาญจน์ เสียงเพรา. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.วารสารสุขภาพจิตชุมชน. 2564; 28(2): 59-72.
28. กนกรัตน์ ดานา. การส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564; 39(1): 98-109
29. ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2566; 31(1): 35-48.
30. Knowles MS. The adult learner: A neglected species. 3rd ed. Houston, TX: Gulf Publishing; 1984.
31. Katon W, Unützer J, Wells K, Jones L. Collaborative depression care: History,Evolution and ways to enhance dissemination and sustainability. Gen HospPsychiatry. 2010; 32(5): 456-64.
32. Stuart GW. Principles and practice of psychiatric nursing. 10th ed. Mosby; 2013.