

Volume 17 No.2 May - August 2024
ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

R&D Health
System Journal 

วารสาร

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ Research and Development Health System Journal



THAIJO



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ>

ISSN 1906-2605 (Print)
E-ISSN 2697-4673 (Online)

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 17 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567 มีบทความที่คัดเลือกลำดับในวารสารฉบับนี้ ครอบคลุมทั้งสาขา การพยาบาล การแพทย์ ทันตสาธารณสุข การพยาบาลชุมชน การมีส่วนร่วม ซึ่งหลากหลายสาขาวิชาชีพมากขึ้น ทั้งนี้ ขอบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ ที่มากขึ้น และจะยินดีอย่างยิ่งหากสามารถนำผลงานวิชาการสู่การปฏิบัติได้จริงเป็นการ Scale Up ผลงานที่ได้รับการวิจัย เผยแพร่ขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ได้ ทั้งนี้ พร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

พบกันใหม่ ฉบับหน้า

ดร.สุภัทรา สามัง

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งในประเทศ และระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

ที่ปรึกษาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)
นพ.สมยศ ศรีจารนัย	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.วิทยา วัฒนเรืองโกวิท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.พรพัฒน์ ภูนาถม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.วรวิทย์ เจริญพร	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. สม นาสอำนาจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ธงชัย ปัญญรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
ผศ.ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สุพัตรา บัวทิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. จิตภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.ชนกพร ศรีประสาร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ไพบูลย์ เอี่ยมงำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ดร.สาธิตต์ แก้วบุญเรือง	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ. (พิเศษ) นพ.สุรเชษฐ์ ภูลาวรรณ	โรงพยาบาลมิ่งชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลการ ทองศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.สุพัตรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อุดกกลิ่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ทพญ.วารี สุตกรยุทธ์	โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ภก.กฤษ โชติการณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร.วรินทร์มาส เกษทองมา	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.วรกร วิชัยโย	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมพินิล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภญ.อรนิภา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายศิริศักดิ์ คลพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายวรัญญู สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางกฤษณา เพียรภาณุ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางณัฐรินทร์ พิมพะสอน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางนภาพรรณ อารมย์ดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ออกแบบปก

นายทัศน์เทพ คลโสภณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม

บทความวิจัยฉบับนี้ ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่ง ไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) และการตีพิมพ์บทความนี้จะต้องได้รับการอนุญาตจากกองบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องขออนุมัติประเมินบทความ

รศ.ดร.พรรณี บุญชรหัตถกิจ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ดร.ทัฬหะ ชูศักดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ภาคภูมิ พิถี	คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์	รองคณบดีฝ่ายบริหารและพัฒนางานองค์กร มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	วิทยาลัยการแพทย์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.อุ๋นใจ เกื้อสถิต	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.รัชชัย ดาเชิงเขา	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.สุภาภักย์ เบญจธนวัฒน์	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.ดร.สุนิสา แสงจันทร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.ประสิทธิ์ กมลพรมงคล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.อัครสิทธิ์ ไชยณรงค์	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.สุธีรา อินทเจริญสถานต์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
ดร.ปริยากร สงวนกิตติพันธุ์	คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.สุพิศรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุบลราชธานี
นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)
พญ.วราวุธ อมรภิญโญ	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น
ดร.สมพร สังตระกูล	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.อมวดี อัมพันธ์ศิริรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
ดร.นวลปรานค์ ดวงสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ดร.เขวเรศ ก้านมะลิ	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.อรนิภา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศุภศิลป์ ศิริรักษา	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้องชัย
ดร.เมทินี เมทนิค	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับ ผิวหนังที่จำหน่ายในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเลย.....	1
ปนัดดา มหาสิงห์, มนต์นา สุขสบาย, จิตรัตน์ ศรีกลับ, ปิยะพงษ์ ชุมศรี, อรทัย ปานเพชร, บุญเลี้ยง สุพิมพ์ ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ขณะนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลทรายมูล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร.....	12
หุจิตร ชมภูพวรรณ, สุมาลัย สีลาดหา, กรวิภา งามอาจ, ประเสริฐ ประสมรักษ์, กนกฉัตร สมชัย กลยุทธ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดกาฬสินธุ์.....	27
นงนุช โนนศรีชัย, พิทยา ศรีเมือง, ลำพึง วอนอก ประสิทธิผลของกิจกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในคลินิกหมอครอบครัวบ้านหนองเม็ก อำเภอ สุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.....	41
พิณทิพ ชีรณบดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในคลินิกโรค เรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคู่มือใหญ่ อำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี.....	55
จิรพร ไพศาล, สุพัสชา ศรีนา, สุพัตรา บุตรราช, สีกษา อุ่นเจริญ, มนทิญา กงลา แนวทางการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการผู้สูงอายุ โดยวิถีธรรมชาติชุมชนท้องถิ่น ตำบลห้วยทราย อำเภอ หนองแค จังหวัดสระบุรี.....	69
กริช เรืองไชย, นัชชา ยันติ, อภิญญา อุดระชัย การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยภาษาท้องถิ่นต่อการรับรู้และการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือด เลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอนานูมาน จังหวัดอำนาจเจริญ.....	82
คณิตกรณ์ อุทุมพร, ประเสริฐ ประสมรักษ์, ญาณวรรณ ชมนา, ชลฤดี ดั่งงแป้น, สายไหม อรอินทร์ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี.....	96
อริสรา ลำจุมจิง, อินทอร จิตชีขวาล, วรณัญญา ททรัพย์ประเสริฐ, ขวลิศ กิจพิบูลย์, พรอนันต์ กลิ่นสุหรัย, ณัฐพร มีสุข การสร้างรูปแบบเอบริการไทยร่วมกับตารางเก้าช่องสำหรับผู้สูงอายุ : โดยใช้เคลฟาย เทคนิค.....	110
ขรรยงค์ พานเพ็ง, สังคม พรหมศิริ, จตุรงค์ สว่างวงษ์, ปรีชาวัลย์ ป้องกัน การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ร่วมกับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สามมิติทางทันตกรรมช่วยในการวางแผนใส่ รากฟันเทียม.....	125
กัญญวีย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ ภาวะโภชนาการและพัฒนารเด็กปฐมวัยในผู้เลี้ยงดูเด็ก.....	140
คำสงค์ ชินมตร ผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ 7 โสภิตา เกิดทำดี	154
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.....	168
อินทรา ทับคล้าย, พิมพ์นภัส ภูมิภักดีพิชญ์, อิศรา ศิริมณีนันท์, อนงค์ รักขันธ์	



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลัน ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน่าน.....	183
ทิพย์ฤดี สิมมา	
ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดจันทบุรี.....	197
จักรกฤษณ์ โพธิ์ศรี, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, นิภา มหารัษฎพงศ์	
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาล เต่างอย จังหวัดสกลนคร.....	211
ปองรัก ฅณทวุฒิ	
ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล จังหวัดจันทบุรี.....	226
สันติสุข สะวังจู, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, นิภา มหารัษฎพงศ์	
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตำบล โคกสูง อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี.....	240
ประสิทธิ์ โฉมวงศ์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, ทศพร ชูศักดิ์	
การพัฒนารูปแบบการประเมินความก้าวหน้าโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์ประเด็นยุทธศาสตร์ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P EXCELLENCE) ของโรงพยาบาล พุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา.....	254
อุบลรัตน์ แสงเมฆ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี.....	269
อัยยวราวุฒิ โยธาสุภาพ, แก้วกาญจนา บุญมาสีใส, ศิริรัตน์ คำเนียม, วรฐกรณ์ พอขุนทด	
การพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองชุมเห็ด อำเภอ เมือง จังหวัดบุรีรัมย์.....	284
ฉันทภัทร มณีพันธ์, ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์, ณรงค์กร ชัยวงศ์	
การพัฒนารูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเสนาจังหวัด พระนครศรีอยุธยา.....	297
พิมพ์ฉวี เศษภัทร, อารี ลออ่อนโถม, จันทนา ชูเกษร	



สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายใน
เครื่องสำอางสำหรับผิวหน้าที่จำหน่ายในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเลย

SITUATION AND FACTORS RELATED TO CONTAMINATION OF
HARMFUL PROHIBITED SUBSTANCES IN FACIAL COSMETICS SOLD IN
MUEANG DISTRICT, LOEI PROVINCE

Received: November 09, 2023

Revised: March 24, 2024

Accepted: April 01, 2024

ปนัดดา มหาสิงห์¹, มนต์นา สุขสบาย¹, ธิดารัตน์ ศรีคลับ¹,

ปิยะพงษ์ ชุ่มศรี¹, อรทัย ปานเพชร¹, บุญเลี้ยง สุพิมพ์^{1*}

Panadda Mahasing¹, Monnapa Suksabai¹, Thidarat Sriklub¹,

Piyapong Choomsri¹, Orathai Panpetch¹, Bunliang Suphim^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหน้าที่จำหน่ายในอำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 30 ตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจเกี่ยวกับเครื่องสำอางสำหรับผิวหน้า และตรวจสอบการปนเปื้อนด้วยชุดทดสอบสารไฮโดรควิโนน, สารปรอท, กรดเรติโนอิก, และสเตียรอยด์เบื้องต้น

ผลการวิจัย พบว่า เครื่องสำอางสำหรับผิวหน้ามีการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตราย ร้อยละ 56.67 โดยสารที่พบการปนเปื้อนมากที่สุด คือ สเตียรอยด์ (ร้อยละ 36.67) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ สีเครื่องสำอาง ($p\text{-value} = 0.004$) และการกล่าวอ้างสรรพคุณสามารถลดฝ้าและกระ ($p\text{-value} = 0.034$) มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนไฮโดรควิโนน การไม่มีข้อห้ามใช้หรือข้อควรระวัง ($p\text{-value} = 0.037$) มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนปรอท การไม่มีเลขที่จดแจ้ง ($p\text{-value} = 0.023$) การไม่มีวัน/เดือน/ปีที่ผลิต ($p\text{-value} = 0.023$) มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนกรดเรติโนอิก การไม่มีวัน/เดือน/ปีที่หมดอายุ มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนกรดเรติโนอิก ($p\text{-value} = 0.042$) และการปนเปื้อนสเตียรอยด์ ($p\text{-value} = 0.002$)

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการแจ้งเตือนให้ผู้บริโภคได้พิจารณาถึงปัจจัยเหล่านี้ก่อนตัดสินใจซื้อ เพื่อป้องกันอันตรายจากเครื่องสำอางที่มีการปนเปื้อนสารห้ามใช้

คำสำคัญ: เครื่องสำอางสำหรับผิวหน้า, สารห้ามใช้ที่เป็นอันตราย, การปนเปื้อน

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

¹ Program of Public Health, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: bunliang_sp@yahoo.com



Abstract

This research aimed to determine the situation and factors related to the contamination of harmful prohibited substances in facial cosmetics sold in Mueang District, Loei Province. The samples included 30 facial cosmetics. The data were collected by using a facial cosmetics survey. The contamination of harmful prohibited substances in facial cosmetics was tested using a test kit for examining hydroquinone, mercury, retinoic acid, and steroid substances.

The results showed that 56.67% of the facial cosmetics were contaminated with harmful prohibited substances. The most harmful prohibited substances contaminating facial cosmetics were steroids (36.67%). The factors related to harmful prohibited substance contamination, including color ($p\text{-value} = 0.004$), the efficacy of cosmetics in reducing blemishes, and the use of freckles ($p\text{-value} = 0.034$), were statistically related to hydroquinone contamination. No contraindication ($p\text{-value} = 0.037$) was related to mercury contamination. No notification number ($p\text{-value} = 0.023$) and no manufacturing date ($p\text{-value} = 0.023$) were related to the contamination of retinoic acid. No expiration date was related to the presence of retinoic acid ($p\text{-value} = 0.042$) and steroids ($p\text{-value} = 0.002$).

Therefore, relevant agencies should remind consumers to consider these various factors before their purchase for hazard prevention from facial cosmetics that contain harmful prohibited substances.

Keywords: Facial cosmetics, Harmful prohibited substances, Contamination



บทนำ

เครื่องสำอางเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของผู้บริโภคอย่างมาก และเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีกฎหมายควบคุมกำกับอย่างชัดเจน แต่ปัจจุบันยังคงมีรายงานการพบปัญหาเกี่ยวกับการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอาง ได้แก่ สารไฮโดรควิโนน โปรท กรดเรติโนอิก และสารสเตียรอยด์ ซึ่งสารดังกล่าวเป็นสารที่ห้ามใช้ในเครื่องสำอาง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อวัตถุที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง พ.ศ. 2566⁽¹⁾ เนื่องจากหากร่างกายได้รับสารดังกล่าวเป็นประจำจะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ การใช้เครื่องสำอางที่มีโปรท ทำให้ดัดและไต่อกเสบ เกิดภาวะโลหิตจาง ทางเดินปัสสาวะอักเสบ เกิดพิษต่อระบบประสาทและเยื่อทางเดินหายใจ ทำลายสีของผิวหนังและเล็บมือ ผิวบางลง การใช้เครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของไฮโดรควิโนน จะทำให้ผู้ใช้เกิดการระคายเคืองผิวหนัง เกิดจุดด่างขาวที่ผิวหนัง ผิวหน้าดำ เป็นฝ้าถาวร รักษาไม่หาย การใช้เครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ในความเข้มข้นสูงเป็นระยะเวลานานต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงทั้งภายนอกและภายในร่างกาย เช่น ผดผื่นขึ้นง่าย ผิวหน้าบาง ทำให้มีลักษณะสารพิษจากภายนอกเข้าสู่ผิวหนังชั้นแท้ได้ง่ายขึ้น และเห็นเส้นเลือดแดงตามใบหน้าชัดเจน ตลอดจนการใช้เครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของกรดเรติโนอิก อาจทำให้เกิดอาการระคายเคืองผิวหนัง ผิวหน้าอักเสบ หน้าลอก แพ้แสงแดดง่าย รวมถึงอาจเกิดภาวะผิวหนังด่างขาวหรือผิวคล้ำได้ชั่วคราวที่สำคัญ คือ อาจเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ด้วย⁽²⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการตรวจพบการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางหลายชนิด เช่น ผลิตภัณฑ์ครีมหน้าขาว ตรวจพบการปนเปื้อนสารไฮโดรควิโนน สารโปรทแอมโอเนีย⁽³⁾ ผลิตภัณฑ์ครีมทาผิว ตรวจพบการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์⁽⁴⁾ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ตรวจพบการปนเปื้อนสารโปรท สารไฮโดรควิโนน และกรดเรติโนอิก⁽⁵⁾ โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอาง ได้แก่ ราคา⁽⁶⁾ สถานที่จำหน่าย⁽⁷⁾ การระบุข้อมูลแหล่งผลิตบนฉลากและแหล่งจำหน่าย⁽³⁾ สีเครื่องสำอาง⁽⁸⁾ ฉลากภาษาไทย⁽⁸⁾ ชนิดเครื่องสำอาง⁽⁸⁾ และข้อบ่งใช้⁽⁹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัย จึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการปนเปื้อนสารอันตรายห้ามใช้ในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนัง และในจังหวัดเลยข้อมูลรายงานการตรวจการปนเปื้อนของสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางยังมีจำกัด จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังที่จำหน่ายในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเลย เพื่อเป็นแนวทางเฝ้าระวังและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางสำหรับผิวหนังที่จำหน่ายในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเลย ของประชาชนต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหน้าที่จำหน่ายในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหน้าที่จำหน่ายในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเลย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เครื่องสำอางสำหรับผิวหน้าชนิดครีม เซรั่ม และเจล ที่มีจำหน่ายในแต่ละร้าน ร้านละ 3 ตัวอย่าง รวมทั้งหมด 30 ตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นประเภทของเครื่องสำอางที่มีจำหน่ายในแต่ละร้านครบทั้ง 10 ร้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลเครื่องสำอางสำหรับผิวหน้า ประกอบด้วย เลขที่จดแจ้งเครื่องสำอาง, สีเครื่องสำอาง, ชนิดเครื่องสำอาง, ขอบ่งใช้, ฉลากภาษาไทย, การระบุแหล่งผลิต ราคา วัน/เดือน/ปีที่ผลิต วัน/เดือน/ปีที่หมดอายุ และข้อห้ามใช้หรือข้อควรระวัง จำนวน 10 ข้อ

ผู้วิจัยนำแบบสำรวจที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) มีค่า IOC เท่ากับ 0.62

2. ชุดทดสอบอย่างง่ายด้านเครื่องสำอาง (cosmetic test kit) จากคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับตรวจการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายได้แก่

1) สารไฮโดควิโนน การรายงานผล ถ้าเนื้อตัวอย่างมีสีเหลือง จะเปลี่ยนเป็นสีน้ำเงิน และเนื้อตัวอย่างที่มีสีขาว จะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล แสดงว่าพบการปนเปื้อน รายงานผลเป็นบวก (+) ถ้าเนื้อตัวอย่างไม่เปลี่ยนสี แสดงว่า ไม่พบการปนเปื้อน รายงานผลเป็นลบ (-)

2) สารปรอท การรายงานผล ถ้าเนื้อตัวอย่างเปลี่ยนเป็นสีชมพู แสดงว่า พบการปนเปื้อน รายงานผลเป็นบวก (+) ถ้าเนื้อตัวอย่างไม่เปลี่ยนสี แสดงว่า ไม่พบการปนเปื้อน รายงานผลเป็นลบ (-)

3) กรดเรติโนอิก การรายงานผล ถ้าเนื้อตัวอย่างจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำเงิน แสดงว่า พบการปนเปื้อน รายงานผลเป็นบวก (+) ถ้าเนื้อตัวอย่างไม่เปลี่ยนสี แสดงว่า ไม่พบการปนเปื้อน รายงานผลเป็นลบ (-)



3. ชุดทดสอบสารสเตียรอยด์ (บริษัทมาสเตอร์แล็บ, ประเทศไทย) การรายงานผล (1) กรณีเนื้อตัวอย่างสีขาว สีเหลืองอ่อน สีชมพูอ่อน ตรวจพบการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์เนื้อตัวอย่างจะเปลี่ยนเป็นสีม่วงคราม แสดงว่า พบการปนเปื้อน รายงานผลเป็นบวก (+), (2) กรณีเนื้อตัวอย่างสีเหลืองเข้ม ตรวจพบการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์เนื้อตัวอย่างจะเปลี่ยนเป็นสีเขียวขี้ม้า แสดงว่า พบการปนเปื้อน รายงานผลเป็นบวก (+) และ (3) กรณีเนื้อตัวอย่างสีเขียว ตรวจพบการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์เนื้อตัวอย่างจะเปลี่ยนเป็นสีเทาเข้ม แสดงว่า พบการปนเปื้อน รายงานผลเป็นบวก (+) หากเกิดปฏิกิริยาเป็นสีอื่นๆ นอกเหนือจากสีม่วงคราม สีเขียวขี้ม้า สีเทาเข้ม แสดงว่า ไม่พบการปนเปื้อน รายงานผลเป็นลบ (-)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ใช้แบบสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องสำอางสำหรับผิวหนัง บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องสำอางสำหรับผิวหนัง จำนวน 30 ตัวอย่าง
2. การตรวจสอบการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตราย ได้แก่ สารไฮโดรควิโนน, สารปรอท และกรดเรตินอิก โดยชุดทดสอบอย่างง่ายด้านเครื่องสำอาง (cosmetic test kit) จากคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสารสเตียรอยด์ โดยใช้ชุดทดสอบของบริษัทมาสเตอร์แล็บ ประเทศไทย ในตัวอย่างเครื่องสำอางสำหรับผิวหนัง 3 ชนิด คือ ครีม เซรั่ม เจล จากแต่ละร้าน ร้านละ 3 ตัวอย่าง รวมทั้งหมด 30 ตัวอย่าง รายละเอียดดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายการและจำนวนตัวอย่างที่ตรวจสอบการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตราย

สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง	จำนวนร้าน	จำนวนตัวอย่าง
ตลาดนัด	1	ครีม 1, เซรั่ม 1, เจล 1
ร้านค้าปลีก	5	ครีม 5, เซรั่ม 5, เจล 5
ห้างสรรพสินค้า	4	ครีม 4, เซรั่ม 4, เจล 4
รวม	10	30

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังกับการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนัง



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย หมายเลขใบรับรอง: HE 041/2565 ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2565 และผู้วิจัยดำเนินการภายใต้หลักการเคารพสิทธิและเสรีภาพแห่งบุคคล โดยมีการอธิบายถึงความเป็นมาของปัญหาชี้แจงข้อมูลในด้านต่างๆ วัตถุประสงค์รวมถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย กระบวนการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และขออาสาสมัครลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่องาน และภาพลักษณ์ของร้านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องสำอางสำหรับผิวหน้าที่จำหน่ายในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดเลย

จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องสำอางสำหรับผิวหน้าที่จำหน่ายในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 30 ตัวอย่าง พบว่า เครื่องสำอางส่วนใหญ่มีเลขที่จดทะเบียน ร้อยละ 83.33 สีเครื่องสำอางส่วนใหญ่ใสไม่มีสี ร้อยละ 43.33 ชนิดเครื่องสำอาง ประกอบด้วย เซรั่ม เจล ครีม ชนิดละ 10 ตัวอย่าง ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ การกล่าวอ้างสรรพคุณส่วนใหญ่ เครื่องสำอางมีสรรพคุณทำให้หน้าขาว กระจ่างใสและ ลดรอยสิว จุดด่างดำ ร้อยละ 46.67 ภาษาที่ปรากฏบนฉลากเป็นภาษาไทย ร้อยละ 93.33 มีการระบุแหล่งผลิต ร้อยละ 90.00 ไม่มีการระบุราคาต่อภาชนะบรรจุ ร้อยละ 93.33 มีการระบุวัน/เดือน/ปีที่ผลิต ร้อยละ 83.33 มีการระบุวัน/เดือน/ปีที่หมดอายุ ร้อยละ 80.00 และมีการระบุข้อห้ามใช้หรือข้อควรระวังในฉลาก ร้อยละ 56.67

2. การปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหน้าที่จำหน่ายในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดเลย

จากการตรวจสอบการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหน้า พบการปนเปื้อนทั้งหมด ร้อยละ 56.67 โดยพบการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์มากที่สุด ร้อยละ 36.67 รองลงมา คือ ปรอท ร้อยละ 33.33 ไฮโดรควิโนน ร้อยละ 6.67 และ กรดเรติโนอิก ร้อยละ 3.33 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ การปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนัง

ชื่อสารห้ามใช้ที่เป็นอันตราย	จำนวนที่ตรวจพบ (ร้อยละ)	จำนวนที่ตรวจไม่พบ (ร้อยละ)
ไฮโดรควิโนน	2 (6.67)	28 (93.33)
ปรอท	10 (33.33)	20 (66.67)
กรดเรตินอยิก	1 (3.33)	29 (96.67)
สเตียรอยด์	11 (36.67)	19 (63.33)
จำนวนการปนเปื้อนทั้งหมด (ร้อยละ)	17 (56.67)	
จำนวนไม่ปนเปื้อนทั้งหมด (ร้อยละ)	13 (43.33)	

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนของสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังที่จำหน่ายในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดเลย

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารไฮโดรควิโนนในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดเลย ได้แก่ สีเครื่องสำอาง โดยเฉพาะสีเหลือง/ส้ม/เขียว ($\chi^2 = 17.143$, p-value = 0.004) และการกล่าวอ้างสรรพคุณว่า เครื่องสำอางสามารถลดฝ้าและกระได้ ($\chi^2 = 8.571$, p-value = 0.034) มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารไฮโดรควิโนนในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารปรอทในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดเลย คือ การไม่มีข้อห้ามใช้หรือข้อควรระวัง ($\chi^2 = 4.344$, p-value = 0.037) มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารปรอท ในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนกรดเรตินอยิกในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดเลย ได้แก่ การไม่มีเลขที่จดแจ้ง ($\chi^2 = 5.172$, p-value = 0.023) การไม่มีวัน/เดือน/ปีที่ผลิต ($\chi^2 = 5.172$, p-value = 0.023) และการไม่มีวัน/เดือน/ปีที่หมดอายุ ($\chi^2 = 4.138$, p-value = 0.042) มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนกรดเรตินอยิกในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดเลย คือ การไม่มีวัน/เดือน/ปีที่หมดอายุ ($\chi^2 = 10.467$, p-value = 0.002) มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



สรุปผลการวิจัย

จากการประเมินสถานการณ์การปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนัง ที่จำหน่ายในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเลย พบการปนเปื้อนทั้งหมด ร้อยละ 56.67 โดยพบการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์มากที่สุด รองลงมา คือ โปรท ไฮโดรควิโนน และกรดเรติโนอิก โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนไฮโดรควิโนน ได้แก่ สี และ การกล่าวอ้างสรรพคุณว่าเครื่องสำอางสามารถลดฝ้าและกระได้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนโปรท คือ การไม่มีข้อห้ามใช้หรือข้อควรระวัง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนกรดเรติโนอิก ได้แก่ การไม่มีเลขที่จดแจ้ง การไม่มีวัน/เดือน/ปีที่ผลิต และการไม่มีวัน/เดือน/ปีที่หมดอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสเตียรอยด์ คือ การไม่มีวัน/เดือน/ปีที่หมดอายุ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการตรวจสอบการปนเปื้อนในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังที่จำหน่ายในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเลย พบว่า เครื่องสำอางสำหรับผิวหนังมีการปนเปื้อนสารมากที่สุด คือ สารสเตียรอยด์ รองลงมา คือ สารโปรท ไฮโดรควิโนน และกรดเรติโนอิก จากข้อมูลการปนเปื้อนแสดงให้เห็นว่า ผู้ผลิตบางรายมีการลักลอบใส่สารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา เสนทอง และคณะ (2565)⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษาสารปนเปื้อนในครีมทาหน้า ที่วางจำหน่ายในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ครีมทาหน้ามีการปนเปื้อนโปรท สเตียรอยด์ ไฮโดรควิโนน และกรดเรติโนอิก ร้อยละ 54.5, 43.6, 14.5 และ 7.3 ตามลำดับ การศึกษาของ ศรีนทร ลำอานเนตร และชิดชนก เรือนก้อน (2564)⁽¹¹⁾ ทำการศึกษาความชุกของเครื่องสำอางต้องสงสัยที่พบสารในอำเภอชายแดนของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เครื่องสำอางมีการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตราย ร้อยละ 44.9 โดยเฉพาะในกลุ่มเครื่องสำอางที่มีการกล่าวอ้างสรรพคุณทำให้หน้าขาวจะมีการปนเปื้อนของไฮโดรควิโนน⁽¹²⁾ และโปรท⁽¹³⁾ มากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า มีโลหะหนัก ได้แก่ สังกะสี แคดเมียม นิเกิล และตะกั่ว⁽¹⁴⁾ ปนเปื้อนในเครื่องสำอางชนิดครีมอีกด้วย จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ยังมีเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังในหลายยี่ห้อที่มีการใส่สารห้ามใช้ที่เป็นอันตราย ที่กฎหมายกำหนดห้ามใส่ในเครื่องสำอาง ได้แก่ สเตียรอยด์ ไฮโดรควิโนน โปรท และกรด เรติโนอิก เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ใช้เครื่องสำอางที่มีสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายเหล่านี้ได้

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังที่จำหน่ายในอำเภอเมือง จังหวัดเลย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ สีเครื่องสำอาง และการกล่าวอ้างสรรพคุณว่า เครื่องสำอางสามารถลดฝ้าและกระได้ มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนไฮโดรควิโนน การไม่มีข้อห้ามใช้หรือข้อควรระวัง มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนโปรท การไม่มี



เลขที่จดแจ้ง และการไม่มีวัน/เดือน/ปีที่ผลิต ความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนกรดเรทีโนอิก และการไม่มีวัน/เดือน/ปีที่หมดอายุ มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนกรดเรทีโนอิก และสเตียรอยด์ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า เครื่องสำอางสำหรับผิวหนังที่แสดงข้อมูลบนฉลากไม่ครบถ้วน ไม่มีการระบุเลขที่จดแจ้ง หรือมีการกล่าวอ้างสรรพคุณมีการตรวจพบสารห้ามใช้ปนเปื้อนมากที่สุด ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้ผลิตมีการลักลอบใส่สารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายหรือมีกระบวนการผลิตไม่ได้มาตรฐานเพื่อปิดบังผู้บริโภค จึงไม่แสดงข้อมูลบนฉลากให้ครบถ้วน ไม่มีการระบุเลขที่จดแจ้งรวมทั้งมีการกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา เสนทอง และคณะ (2565)⁽¹¹⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบสารปรอท ไฮโดรควิโนน กรดเรทีโนอิก และสเตียรอยด์ ในครีมทาหน้าทีวางจำหน่ายในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ลักษณะของภาชนะบรรจุและสีครีมทาหน้ามีความสัมพันธ์กับการตรวจพบสารไฮโดรควิโนน กรดเรทีโนอิก และปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ วรพร คงชื่น และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2564)⁽¹⁵⁾ ได้ทำการตรวจหาสารปนเปื้อนในเครื่องสำอาง พบสเตียรอยด์มีการปนเปื้อนมากที่สุด รองลงมา คือ ปรอท กรดเรทีโนอิก และไฮโดรควิโนน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปนเปื้อน ได้แก่ ฉลากที่ทำให้เข้าใจผิดในสาระสำคัญของเครื่องสำอาง ขอบ่งใช้รักษาผิว ไม่มีการแสดงเลขที่ใบรับจดแจ้ง ไม่มีการระบุเลขที่หรืออักษรแสดงครั้งที่ผลิต และคล้ายคลึงกับการศึกษาของ เอมวดี บุญประชม และคณะ (2556)⁽³⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจือปนของปรอท และไฮโดรควิโนนในเครื่องสำอาง ได้แก่ ราคาต่อกรัมต่ำกว่า 20 บาท การไม่ระบุแหล่งผลิต และมีแหล่งวางจำหน่าย คือ ตลาดสด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นข้อมูลอันจำเป็นที่ผู้ผลิตต้องระบุไว้บนฉลากของเครื่องสำอางตามข้อกำหนดของตามประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง ฉลากของเครื่องสำอาง ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2562 ดังนั้น หากเครื่องสำอางยี่ห้อไหนแสดงข้อมูลบนฉลากไม่ครบถ้วน แสดงว่า เครื่องสำอางชนิดนั้นไม่ได้มาตรฐาน และไม่ผ่านการรับรอง อาจมีการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตราย ซึ่งไม่ปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค และผู้บริโภคไม่ควรเลือกใช้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยทำทราบข้อมูลของการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังที่จำหน่ายในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเลย และทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังที่จำหน่ายในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเลย ซึ่งข้อมูลที่ได้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจสามารถใช้ในการเฝ้าระวัง รมรงค์ และแจ้งเตือนให้ประชาชนได้ตระหนัก และพิจารณาถึงปัจจัยเหล่านี้ ประกอบการตัดสินใจในเลือกซื้อเครื่องสำอางเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้เครื่องสำอาง ข้อจำกัดของงานวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้ชุดทดสอบการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตราย ทำให้ไม่สามารถระบุปริมาณของสารห้ามใช้ที่ปนเปื้อนในเครื่องสำอาง หากใช้วิธีการหรือเทคนิค เช่น ทินเลเยอร์โครมาโทกราฟี (Thin layer



chromatography) หรืออะตอมมิก แอ็บซอร์ปชัน สเปกโตรโฟโตมิเตอร์ (Atomic Absorption Spectrophotometer) เป็นต้น จะทำให้ทราบปริมาณของสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายปนเปื้อนในเครื่องสำอางว่า มีปริมาณเกินมาตรฐานที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ประกอบการหรือผู้จำหน่ายเครื่องสำอางของร้านจำหน่ายเครื่องสำอางในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเลย ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มควบคุมเครื่องสำอาง สำนักงานอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อวัตถุที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://cosmetic.fda.moph.go.th/interesting-law/category/cosmetic-laws>
2. โรงพยาบาลรามาริพิตมหาวิทยาลัยมหิดล. อันตรายห้ามใช้จากสารต้องห้ามในเครื่องสำอาง. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramapharmacy/th/knowledge/general/04072016->
3. เอมวดี บุญประชุม, น้ำริน อยู่กิจดิษฐ์, นิสรณ์ เอกบุตร, นุชจิรา พงศ์นิมิตประเสริฐ, นพรัตน์ นันทรัตนพงศ์. การตรวจสอบสารปรอทแอมโมเนียและไฮโดรควิโนน ในครีมทาหน้าขาวที่วางจำหน่ายใน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences 2556; 8(1): 1-8.
4. นवलพรรณ ไพบูลย์ศรีนครา, นันทนา กลิ่นสุนทร, เบญจพร พุฒคำ. สารห้ามใช้ที่ปลอมปนในเครื่องสำอางชนิดครีมทาผิว. วารสารอาหารและยา 2557; 21(3): 18-23.
5. นันทนา กลิ่นสุนทร, ชมพูนุท นุตสถาปนา, ดวงพร เข้มทอง, ปรัชญา มาประดิษฐ์. สารห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์ทาผิว ทาฝ้า ทำให้หน้าขาวในเขตภาคกลางตอนล่างระหว่างปี 2553-2556. วารสารอาหารและยา 2556; 20(3): 28-36.
6. Ho YB, Abdullah NH, Hamsan H, Tan E. Mercury contamination in facial skin lightening creams and its health risks to user. Regulatory toxicology and pharmacology: RTP 2017; 88: 72-76.
7. ชีรยา วรปานิ, ปองพล วรปานิ. การสำรวจปัจจัยที่มีผลในการตัดสินใจและพฤติกรรม การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางของประชาชนในจังหวัดตาก, วารสารเภสัชกรรมไทย 2560; 13(4): 38-48.



8. เกษร ประสงค์กุล, ชิดชนก เรือนก้อน. การวิเคราะห์สถานการณ์การปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอาง สำหรับผิวหนังในเขตอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560; 9(2): 361–369.
9. วิสิฐศักดิ์ วุฒิอดิเรก, วชิราภรณ์ พุ่มเกตุ. การตรวจสอบปริมาณสารปรอทในครีมทาหน้าที่จำหน่ายในพื้นที่เทศบาลนครสวรรค์. วารสารอาหารและยา 2559; 23(1): 28–33.
10. ปัทมา เสนทอง, กัญธิมา หล้าคอนคู่, ภัทรคนัย มานะสุวรรณ, จูติมา ชุมสุข, จิณณพัฑ ลิ้มกลิ่น, วรริศา สีแสง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบสารปรอท ไฮโดรควิโนน กรดเรติโนอิก และ สเตียรอยด์ในครีมทาหน้า ที่วางจำหน่ายในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิต) 2565; 22(4): 233–243.
11. ศรีนทร ลำอานนตร, ชิดชนก เรือนก้อน. ความหูกของเครื่องสำอางต้องสงสัยที่พบสารห้ามใช้ที่จำหน่ายในอำเภอลำดวนของเขตสุขภาพที่ 10. วารสารเภสัชกรรมไทย 2564; 13(1): 31–43.
12. Gbetoh MH, Amyot M. Mercury, hydroquinone, and clobetasol propionate in skin lightening products in West Africa and Canada. Environmental research 2016; 150; 403–410.
13. Hamann CR, Boonchai W, Wen L, Sakanashi EN, Chu CY, Hamann K, Hamann CP, Sinniah K, Hamann D. Spectrometric analysis of mercury content in 549 skin-lightening products: is mercury toxicity a hidden global health hazard?. Journal of the American Academy of Dermatology 2014; 70(2): 281–783.
14. Irfan M, Shafeeq A, Siddiq U, Bashir F, Ahmad T, Athar M, Butt MT, Ullah S, Mukhtar A, Hussien M, Lam SS. A mechanistic approach for toxicity and risk assessment of heavy metals, hydroquinone and microorganisms in cosmetic creams. Journal of hazardous materials 2022; 433.
15. วรชัยพร คงชื่น, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. การพัฒนาเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนัง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2564; 13(4): 814–824.



ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาล ในเลือดต่ำขณะนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โรงพยาบาลทรายมูล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

EFFECTS OF USING NURSING PRACTICE GUIDELINES TO PREVENT AND MONITOR OF HYPOGLYCEMIA WHILE HOSPITALIZED IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES, SAI MUN HOSPITAL, SAI MUN DISTRICT, YASOTHON PROVINCE

ชูจิตร ชมภูพวรรณ^{1*}, สุมาลัย สีลาดหา¹, กรวิภา อองอาจ¹

ประเสริฐ ประสมรักษ์², กนกฉัตร สมชัย³

Chujit Chompoopan^{1*}, Sumalai Seeladha¹, Kornwipha Ong-ard¹

Prasert Prasomruk², Kanokchat Somchai³

Received: January 21, 2024

Revised: April 02, 2024

Accepted: April 10, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 43 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทุกราย ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำขณะนอนโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Paired sample t test)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.80 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.50 ภายหลังได้รับแนวปฏิบัติฯ พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 2.12 ± 0.20 เป็น 2.61 ± 0.14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีระดับ b การรับรู้อยู่ในระดับมาก และ

¹ โรงพยาบาลทรายมูล

Sai Mun Hospital

² มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

Mahidol University Amnatcharoen campus

³ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

*Corresponding author E-mail: chookag@gmail.com



ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจาก 200.58 ± 94.208 mg/dl เป็น 151.07 ± 65.30 mg/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าเฉลี่ยวันนอนลดลง

ดังนั้น ควรนำแนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นี้ ขยายผลในระดับจังหวัด

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2



Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of implementing nursing practices on preventing and monitoring hypoglycemia with type 2 diabetes during admitted in hospital. The sample size was calculated by using the average comparison formula, resulting in a sample group of 43 diabetes patients. Data collection tools consist of questionnaires for all inpatient between October and December 2023, the intervention include nursing practices to prevent and monitor low sugar levels while hospitalizing. Data analysis for individual characteristic with descriptive statistics and compare the mean values of Health awareness, Blood glucose levels with inference statistics (Paired sample test).

The study revealed that the majority of the sample group were females (62.80%), with an age of 61 years and older (60.50%). After receiving the nursing interventions, patients showed a statistically significant improvement in their average health perception, increasing from 2.12 ± 0.20 to 2.61 ± 0.14 statistically significantly level of 0.01, indicating a high level of awareness. Additionally, the average fasting blood sugar levels decreased significantly from 200.58 ± 94.28 to 151.07 ± 65.30 statistically significantly level of 0.05 and decreases length of stay in hospital.

Therefore, it is recommended to implement these nursing practices for preventing and monitoring hypoglycemia for inpatient with type 2 diabetes at the provincial level.

Keywords: Nursing practice guidelines, Hypoglycemia, Type 2 Diabetes



บทนำ

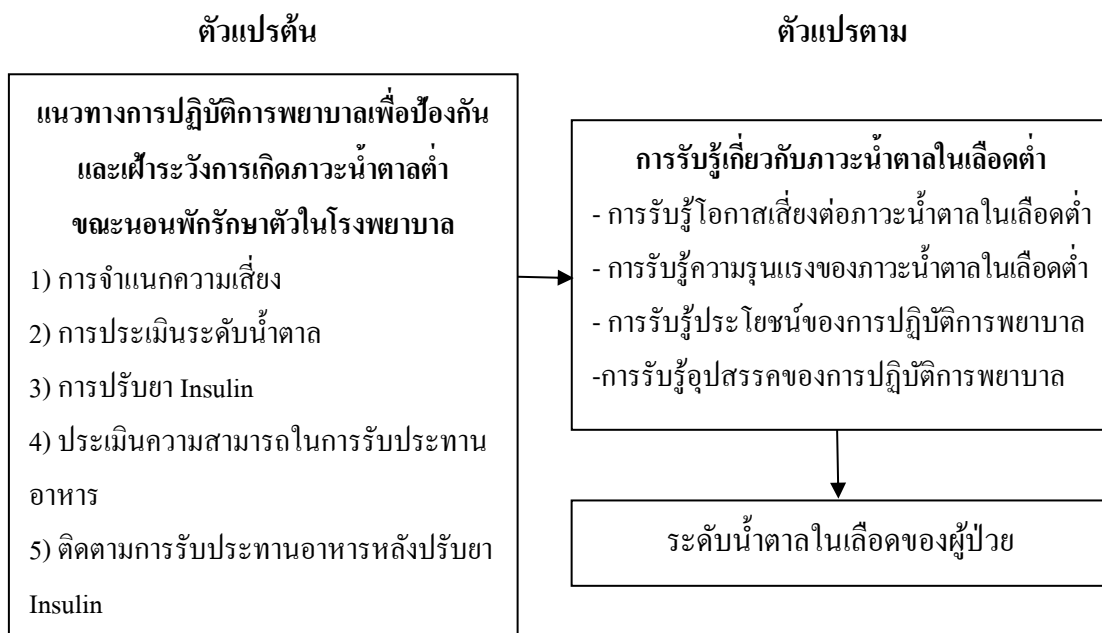
สถานการณ์โลก พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2565 มีจำนวน 537 ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 รายในทุก 5 วินาที สำหรับโรคเบาหวานในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2563 พบอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 5 แสนคนต่อปี และอยู่ในลงทะเบียนในระบบ 3.3 ล้านคน มีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,355 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อแสนประชากร)⁽¹⁾ สำหรับจังหวัดยโสธรมีผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2566 จำนวน 32,237 คน คิดเป็นอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.13 ของจังหวัด อำเภอทรายมูลที่มีประชากรทั้งหมด 18,296 คน และป่วยด้วยโรคเบาหวาน 2,060 คน คิดเป็นอัตราการเกิดโรคเบาหวานร้อยละ 11.26 ซึ่งมีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงที่สุดของจังหวัดยโสธร⁽²⁾ นอกจากอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้น ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลทรายมูล ยังพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้านอนในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และมีสัดส่วนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น โดยจากข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษา ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีจำนวน 1,181 1,439 และ 1,650 คน ตามลำดับ ซึ่งมาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 6.6, 7.5 และร้อยละ 7.0 ตามลำดับ⁽³⁾ จากการทบทวนเวชระเบียนระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2566 พบผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจำนวน 124 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ 13 คน มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง (ระดับพลาสมากลูโคสน้อยกว่า 40 มก./ดล.) จำนวน 6 คน และไม่รุนแรง (ระดับพลาสมากลูโคสที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 มก./ดล.) จำนวน 6 คน ผู้ป่วยแต่ละคนเกิดซ้ำ 1 ครั้ง จนถึง 3 ครั้ง โดยเกิดซ้ำ 1 ครั้งจำนวน 6 คน เกิดซ้ำ 3 ครั้ง จำนวน 4 คน เกิดซ้ำ 2 ครั้งจำนวน 2 คน ผู้ป่วยจำนวน 6 คน ในจำนวน 12 คน เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขั้นรุนแรงจนหมดสติจึงต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีจำนวน 2 คน ด้านระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล พบเฉลี่ย 5.7 วัน และมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำจำนวน 1 คน ซึ่งระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล 2 วัน ภายหลังได้รับการจำหน่ายผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขั้นรุนแรง ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องให้การรักษาอย่างเป็นระบบ โดยความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ จากปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลทรายมูลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock⁽⁴⁾ เพื่อกำหนดหน้าที่ของทีมนสหวิชาชีพในการทำงานร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ยังขาดรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาล ที่ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน จึงจำเป็นต้องศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทรายมูล เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน และขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบหลังการทดลองโดยใช้อาสาสมัครเพียงกลุ่มเดียว คือ กลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง 1 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และรับไว้ที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลทรายมูล เกณฑ์คัดเข้า 1) ผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และรับไว้ที่แผนกผู้ป่วยใน ช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2566 2) ระดับความรู้สึกปกติ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก 1) ผู้ป่วยที่มีความเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ เช่น ผู้ป่วยส่งต่อก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้



กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย กรณีไม่ทราบจำนวนประชากร⁽⁵⁾ โดยแทนค่าระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดที่ 95% อำนาจการทดสอบที่ 80% ความแปรปรวนของระยะวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ เท่ากับ 1.16 และการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 2.99 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 3.5 วัน ค่าเฉลี่ยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 5.1⁽⁶⁾ จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตร ได้ขนาดกำหนดตัวอย่างเป็น 43 คน การสุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาผู้ป่วยทุกคนที่เข้าตามเงื่อนไขในช่วงเวลาที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

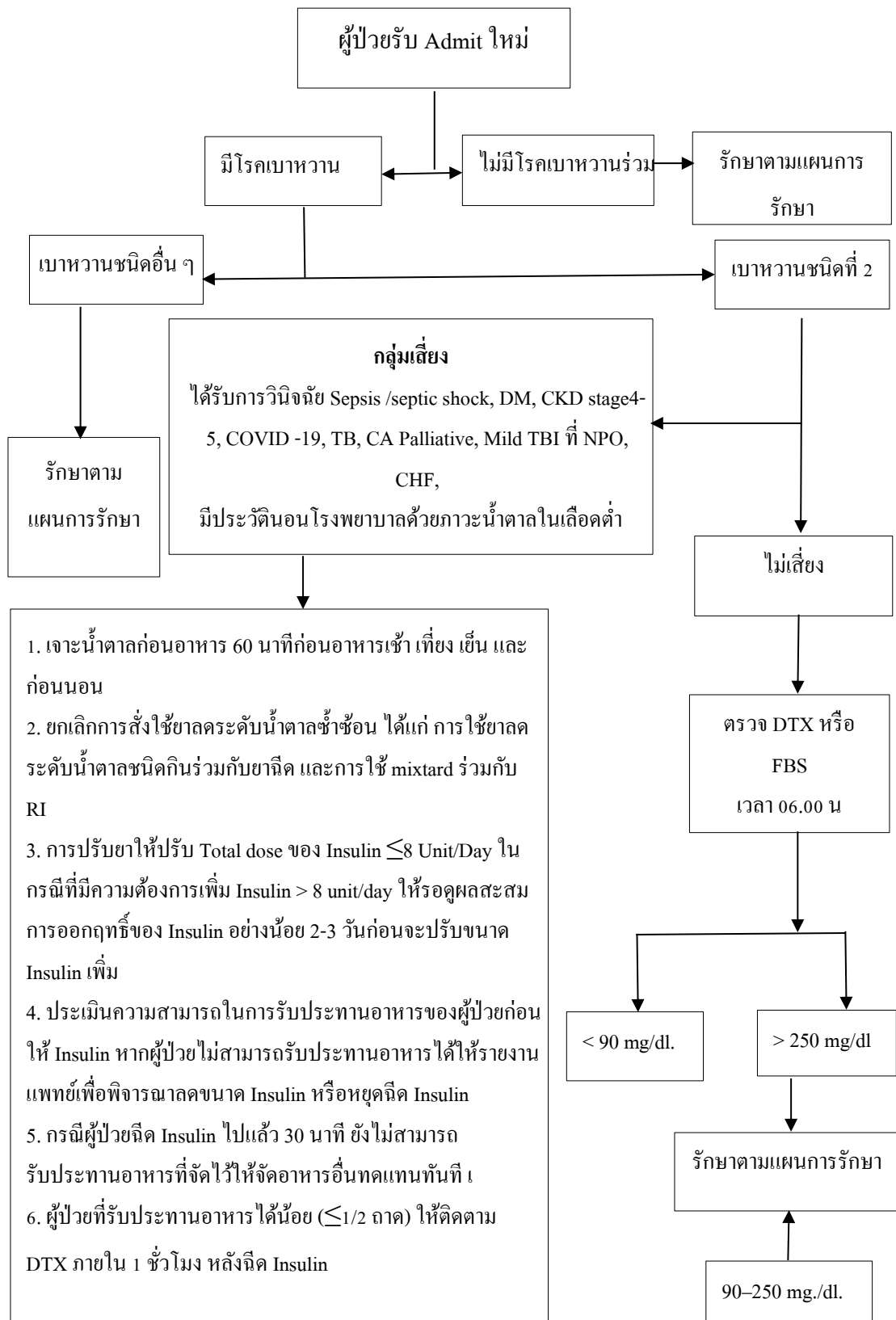
1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการตรวจสอบโดยอายุรแพทย์ แพทย์ทั่วไป และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ก่อนที่จะนำมาใช้ ประกอบด้วย (ดังรูปภาพที่ 2)

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยการจำแนกความเสี่ยง ภายหลังการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามเงื่อนไขความเสี่ยง ประกอบด้วย การได้รับการวินิจฉัยว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อค ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะระดับไม่รุนแรงที่อยู่ระหว่างงดน้ำงดอาหาร ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างการรับรู้ความรุนแรง โดยการประเมินระดับน้ำตาล โดยเจาะน้ำตาลก่อนอาหาร 60 นาที ก่อนอาหารเช้า เทียง เย็น และก่อนนอน เพื่อปรับยาในการรักษา

ขั้นตอนที่ 3 สร้างการรับรู้ประโยชน์ โดยการปรับยา Insulin ประกอบด้วย 1) ยกเลิกการสั่งให้ยาลดระดับน้ำตาลซ้ำซ้อน ได้แก่ การใช้ยาลดระดับน้ำตาลชนิดกินร่วมกับยาฉีด และการใช้ mix tard ร่วมกับ RI และ 2) การปรับยาให้ปรับ Total dose ของ Insulin ≤ 8 unit/day ในกรณีที่มีความต้องการเพิ่ม Insulin > 8 unit/day ให้รอผลสะสมการออกฤทธิ์ของ Insulin อย่างน้อย 2-3 วันก่อนจะปรับขนาด Insulin เพิ่ม และการประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยก่อนให้ Insulin หากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาขนาดหรือหยุดฉีด

ขั้นตอนที่ 4 สร้างการรับรู้อุปสรรค โดยติดตามการรับประทานอาหารหลังปรับยา Insulin โดยใน 1) กรณีผู้ป่วยฉีด Insulin ไปแล้ว 30 นาที ยังไม่สามารถรับประทานอาหารที่จัดไว้ให้จัดอาหารอื่นทดแทนทันที และ 2) ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้น้อย ($\leq 1/2$ ถาด) ให้ติดตาม DTX ภายใน 1 ชั่วโมง หลังฉีด Insulin



รูปภาพที่ 2 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำขณะนอนโรงพยาบาล



2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 2 ประวัติความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน โรคร่วม และโรคแทรกซ้อนเฉียบพลันขณะรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ เป็นคำถามแบบ Rating Scale 3 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วย แปลผลโดยการหาพิสัย ได้เท่ากับ 0.67 นำไปจัดช่วงค่าเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.00-1.67 หมายถึง การรับรู้ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.68-2.35 หมายถึง การรับรู้ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2.36-3.00 หมายถึง การรับรู้ระดับมาก

แบบบันทึกผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย ระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ค่าน้ำตาลในเลือด แปลผลเป็น 3 กลุ่มตามแนวปฏิบัติในการดูแล ดังนี้

ต่ำกว่า 90 mg/dl. หมายถึง ระดับน้ำตาลต่ำ

ระหว่าง 90-250 mg/dl. หมายถึง ระดับน้ำตาลที่ควบคุมได้

มากกว่า 250 mg/dl. หมายถึง ระดับน้ำตาลสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และหาค่าความสอดคล้อง ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้ มีการทดสอบเครื่องมือ จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลกุดชุม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ประวัติความเจ็บป่วย ระดับน้ำตาลและจำนวนวันนอน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired Sample T-Test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลก่อนและหลังการทดลอง กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6668/2566 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2566



ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 62.80 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.50 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 88.40 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.10 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 88.40 มีผู้ดูแลในการใช้ยารักษา ร้อยละ 93.00

ประวัติการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ระหว่าง 10-19 ปี ร้อยละ 34.90 (Mean = 14.84 ± 9.08) รูปแบบการรักษาด้วยการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ร้อยละ 97.70 โรคประจำตัวอื่นๆ สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 58.10, 41.90 และ 41.90 ตามลำดับ ไม่มีประวัติโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน ขณะรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 44.20

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาพรวม ก่อนการทดลอง ระดับการรับรู้ปานกลาง (Mean = 2.12 ± 0.20) หลังการทดลอง เปลี่ยนแปลงเป็นระดับมาก (Mean = 2.61 ± 0.14) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก เช่น การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ก่อนการทดลอง (Mean = 2.23 ± 0.37) หลังการทดลอง (Mean = 2.87 ± 0.15) และ ด้านที่มีระดับการรับรู้ระดับปานกลางคงเดิม คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามการพยาบาล ก่อนการทดลอง (Mean = 2.27 ± 0.45) หลังการทดลอง (Mean = 2.29 ± 0.40) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร ก่อนและหลังการทดลอง (n = 43)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง	2.23 (0.37)	ปานกลาง	2.87 (0.15)	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1.92 (0.39)	ปานกลาง	2.41 (0.18)	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการให้การรักษา	2.06 (0.39)	ปานกลาง	2.87 (0.20)	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	2.27 (0.45)	ปานกลาง	2.29 (0.40)	ปานกลาง
ภาพรวมการรับรู้ภาวะสุขภาพ	2.12 (0.20)	ปานกลาง	2.61 (0.14)	มาก

ระดับน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ มีค่าน้ำตาลในเลือดแรกเข้ารักษาอยู่ระหว่าง 90-250 mg/dl. ร้อยละ 74.40 (Mean = 200.58 ± 94.28) ค่าน้ำตาลในเลือดแรกวันที่จำหน่ายกลับบ้าน 90-250 mg/dl. ร้อยละ 79.10 (Mean = 151.07 ± 65.30) จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่า 5 วัน ร้อยละ 86.00 (Mean = 3.77 ± 2.84) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าน้ำตาลในเลือด และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร (n=43)

ผลการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	จำนวน	ร้อยละ
ค่าน้ำตาลในเลือดแรกเข้ารักษา		
ต่ำกว่า 90 mg/dL. (ระดับน้ำตาลต่ำ)	0	0.00
ระหว่าง 90-250 mg/dL. (ระดับน้ำตาลที่ควบคุมได้)	32	74.40
มากกว่า 250 mg/dL. (ระดับน้ำตาลสูง)	11	25.60
Mean (S.D.); Min – Max	200.58 (94.28); 102–457	
ค่าน้ำตาลในเลือดแรกวันที่จำหน่ายกลับบ้าน		
ต่ำกว่า 90 mg/dL. (ระดับน้ำตาลต่ำ)	4	9.30
ระหว่าง 90-250 mg/dL. (ระดับน้ำตาลที่ควบคุมได้)	34	79.10
มากกว่า 250 mg/dL. (ระดับน้ำตาลสูง)	5	11.60
Mean (S.D.); Min – Max	151.07 (65.30); 30–320	
จำนวนวันนอนรักษาใน รพ.		
น้อยกว่า 5 วัน	37	86.00
ระหว่าง 5–8 วัน	3	7.00
ตั้งแต่ 9 วันขึ้นไป	3	7.00
Mean (S.D.); Min–Max	3.77 (2.84); 1–14	

ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ภายหลังการทดลอง พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีเพียง 3 ด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ($p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการให้การรักษา ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าน้ำตาลในเลือด ภายหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.02$) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร (n=43)

ตัวแปร	Mean (S.D.)		t	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง	2.23 (0.37)	2.87 (0.15)	11.32	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1.92 (0.39)	2.41 (0.18)	9.27	<0.001*
การรับรู้ประโยชน์ของการให้การรักษา	2.06 (0.39)	2.87 (0.20)	13.14	<0.001*
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	2.27 (0.45)	2.29 (0.40)	1.15	0.25
ภาพรวมการรับรู้ภาวะสุขภาพ	2.12 (0.20)	2.61 (0.14)	13.05	<0.001*
น้ำตาลในเลือด	200.58 (94.28)	151.07 (65.30)	2.35	0.02*

*p-value < 0.05

ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทรายมูล พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ (Mean = 4.00 (S.D. = 1.77)) ภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 3.77 (S.D. = 2.84)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

การศึกษานี้ พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพภาพรวมในระดับมาก (Mean = 2.61, S.D. = 0.14) เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง (Mean = 2.12, S.D. = 0.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน หันทุย และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว มากกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง และมากกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ณีภารัตน์ บุญกุล และรุจิรา ดวงสงค์⁽⁸⁾ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง สูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ



ตามการพยาบาล ภายหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.25$) มีระดับการรับรู้ปานกลางคงเดิม อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน และการมาพบแพทย์แต่ละครั้งทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาล จึงอาจทำให้เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยได้ กล่าวโดยสรุป การที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีทิศทางเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นได้

2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

การศึกษานี้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าน้ำตาลในเลือดภายหลังการทดลอง ($\text{Mean} = 151.07$, $\text{S.D.} = 65.30$) ลดลงจากก่อนการทดลอง ($\text{Mean} = 200.58$, $\text{S.D.} = 94.28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.02$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพร มีชิน และปัทมา สุริต⁽⁶⁾ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจำนวน 3 ครั้ง ร้อยละ 7.89 ส่วนกลุ่มควบคุม เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจำนวน 26 ครั้ง ร้อยละ 68.42 เมื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า กลุ่มทดลองเกิดภาวะในเลือดต่ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ไพศาลสุจริกุล และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ (ระหว่าง 70-130 มก.ต่อ ดล.) ร้อยละ 30.77 ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ส่งผลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ เพิ่มขึ้นร้อยละ 67.47 สอดคล้องกับ อัจฉราภรณ์ จำรัส และทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์⁽¹⁰⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังมีการใช้แนวปฏิบัติ มีระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุมได้ (ร้อยละ 67.24) มีจำนวนเพิ่มสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการพยาบาล (ร้อยละ 24.24) สอดคล้องกับ บำเหน็จ แสงรัตน์⁽¹¹⁾ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ มีความเหมาะสมของปริมาณน้ำตาลที่ได้รับระยะเวลาที่ได้รับการประเมินติดตามค่าระดับน้ำตาล และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, 0.004 และ < 0.001 ตามลำดับ) อาจกล่าวได้ว่า การที่ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างลดลง เป็นผลมาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นทำให้เป็นแรงจูงใจให้เกิดการตระหนัก และให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล กล่าวโดยสรุป ผลจากการใช้



แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงให้เห็นว่าสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงได้

3. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

การศึกษาค้นคว้า พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาล มีระยะเวลาจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 วัน (S.D. = 2.84) ซึ่งลดลงจากข้อมูลย้อนหลังก่อนการทดลอง ในเดือนสิงหาคม และกันยายน มีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 4.19 วัน (S.D. = 2.01) และ 4.89 วัน (S.D. = 2.23) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพร มีชิน และปัทมา สุริต⁽⁶⁾ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 3.5 วัน (S.D. = 1.16) ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.1 วัน (S.D. = 2.99) ซึ่งมีระยะเวลาวันนอนสูงกว่า เช่นเดียวกับช่วงก่อนการทดลองของการศึกษาค้นคว้า ขณะที่การศึกษาของ ปราณี เกตติ และปัทมา สุริต⁽¹²⁾ ที่ศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีวันนอนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.58 วัน (S.D. = 0.62) อย่างไรก็ตาม การศึกษาค้นคว้านี้ และการศึกษาของนิภาพร มีชิน และปัทมา สุริต⁶ ซึ่งใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ยังส่งผลให้จำนวนวันนอนน้อยกว่าการศึกษาของ วิไลวรรณ สุพรรณ⁽¹³⁾ กรณีศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี ซึ่งผู้ป่วยได้รับการติดตามในขณะที่นอนโรงพยาบาล รวมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาฉีดอินซูลิน แม้ผู้ป่วยจะปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่มีระยะเวลาวันนอนรวมอยู่โรงพยาบาล 6 วัน ทั้งนี้อาจมีผลจากอายุของกลุ่มตัวอย่างของทั้งสองการศึกษาอยู่ในช่วงผู้สูงอายุวัยต้น ขณะที่การศึกษาของ วิไลวรรณ สุพรรณ เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย

สรุปได้ว่า การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะนอนโรงพยาบาลสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ ที่นำไปสู่การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การรับการรักษาตามแนวปฏิบัติที่ช่วยทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ดีเพิ่มขึ้น เนื่องจากแนวปฏิบัติช่วยให้พยาบาลผู้ดูแลสามารถจัดลำดับความสำคัญในการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การให้การดูแลต่อเนื่อง และการประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ภายหลังจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยมักกลับมาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ดังนั้น บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพควรเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานแบบที่ 2 มีความเข้าใจในความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนและส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมจัดการเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁵⁾ ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาล และขณะรักษาตัวที่บ้าน



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ขณะนอนโรงพยาบาลนำเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ ต่อไป
2. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติที่มุ่งเสริมสร้างการรับรู้ด้านอุปสรรคให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ในความจำเป็นของการรักษา และจัดบริการที่ลดข้อจำกัด อุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลรักษา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน และมีการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว ในด้านมิติ คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ ที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยด้านข้อมูล และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษา และให้ข้อมูลในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>.
2. Health Data Center. รายงานตามตัวชี้วัด NCD Clinic Plus ปี 2565 ([อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022
3. โรงพยาบาลทรายมูล. สรุปผลงานประจำปี 2565. ยโสธร: โรงพยาบาลทรายมูล; 2565.
4. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly 1988; 15(2): 175-183
5. บุญชม ศรีสะอาด. หลักการวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ ฯ: สุวีริยาสาส์น; 2535.
6. นิภาพร มีชิน และปัทมา สุริต. ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ. รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.



7. ดวงเดือน หันทุยง, วรพล แวงนอก, วรากร เกียรติไกรศักดิ์. ผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองไผ่. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2559;11(1): 36-51.
8. ณีการัตน์ บุญกุล และรุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2555; 27(4): 366-372.
9. กนกพร ไพศาลสุจารีกุล, ประทุม สร้อยวงศ์, พิกุล นันทชัยพันธ์. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2557; 41(5): 26-34.
10. อัจฉราภรณ์ จำรัส และทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2563; 47(1): 280-288.
11. บำเหน็จ แสงรัตน์. การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2559; 3(1): 40-50.
12. ปราณี เกตดี และปัทมา สุริต. ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขณะรับไว้ในโรงพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2562; 42(3): 21-30.
13. วิไลวรรณ สุพรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(3): 608-615.
14. Coats A, Marshall D. Inpatient hypoglycaemia: a study of nursing management. Nurs Prax N Z. 2013 Jul; 29(2): 15-24.
15. บุญเดือน วัฒนกุล, ศรีสุดา งามขำ. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานแบบที่ 2. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32(3): 61-68.



กลยุทธ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดกาฬสินธุ์

PUBLIC HEALTH EMERGENCY MANAGEMENT STRATEGIES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION OF CORONAVIRUS 2019, KALASIN PROVINCE

Received: February 20, 2024

Revised: March 17, 2024

Accepted: April 03, 2024

นงนุช โนนศรีชัย¹, พิทยา ศรีเมือง^{2*}, ลำพึง วอนอก³

Nongnoot Nonesrichai¹, Phitthaya Srimuang^{2*}, Lampung Vonok³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาบริบทและบทเรียนกลยุทธ์ที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้บริหารระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)

ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดกาฬสินธุ์ใช้กลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นกลไกสั่งการและออกคำสั่ง ถึงนายอำเภอทุกอำเภอ เพื่อดำเนินการป้องกันควบคุมโรค โดยใช้กลยุทธ์เชิงรุก เชิงรับ กลยุทธ์การมีส่วนร่วม กลยุทธ์ 4 ทหารเสือ ร่วมกับมาตรการทางสาธารณสุข คือ การเว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย การล้างมือและวัดอุณหภูมิ (DMHT) มาตรการทางสังคมเน้นการมีส่วนร่วมในการเว้นระยะห่าง การปิดหรือควบคุมสถานที่เสี่ยงและมาตรการทางการแพทย์ รวมถึงการจัดเตรียมเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อภาวะวิกฤติ การปรับการรักษาทางการแพทย์วิธีใหม่ ควบคู่ไปกับแผนการสื่อสาร แผนดูแลสุขภาพจิต แผนจัดการวัคซีน และแผนประกอบกิจการ

ข้อเสนอแนะควรนำกลยุทธ์การบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน การสั่งการ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ไปพัฒนาในเรื่องการเตรียมความพร้อมสถานการณ์ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้ครอบคลุมความเสี่ยงทุกโรคทุกภัยในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ รวมถึงโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: กลยุทธ์, การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Master of Public Health Student, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Assistant Professor, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

³ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Lecturer, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author E-mail: phitthaya12@gmail.com



Abstract

This qualitative research aimed to explore the context and problems of Coronavirus 2019 pandemic, and also investigate the public health emergency management strategies for disease control and prevention of Coronavirus 2019 in Kalasin Province. Participants were 41 persons selected by purposive sampling including the provincial administrative groups and the district groups in five districts. Data were collected by related documents, in-depth interviews and focus groups and analyzed by thematic analysis.

The results revealed that Kalasin Province applied the function of the Provincial Communicable Disease Committee to control the situation and issued the provincial orders attached by the Provincial Communicable Disease Committee reports sending to all district mayors for following to prevent and control the disease. Regarding to the orders, the district mayors and public health sectors needed to work together formulating the Incident Command System (ICS) for administrating and controlling the threatened situations. In addition, working together as four musketeers, using the measure of DMHT and social distancing, closing the risky places, as well as using the medical measures related to developing professional skills of personnel and preparing essential sufficiently equipment showing as New Normal of Medical Services were employed.

These measures were applied alongside the communication plans, taking care of psychological health of citizens and health personnel, vaccine management and business sustainability plan. Therefore, administration, command, networking participation, using public health, medical and social measures, communication, supporting psychological health of citizens and health personnel should be considered for employing to control and prevent other emerging infectious diseases in the future.

Keywords: Strategies, Public Health Emergency Management, Coronavirus 2019



บทนำ

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)⁽¹⁾ ได้รับแจ้งว่า พบกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปอดบวมโดยไม่ทราบสาเหตุในเมืองอู่ฮั่น (Wuhan city) มณฑลหูเป่ย์ (Hubei Province) สาธารณรัฐประชาชนจีน ต่อมาในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลก รายงานว่า พบเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV-2)⁽¹⁾ เป็นสาเหตุของการเกิดโรค และการแพร่ระบาดทั่วโลกได้ให้ชื่อโรคติดต่อนี้ว่า Coronavirus disease 2019 หรือ COVID – 19 และถือว่าเป็นภาวะวิกฤตด้านสุขภาพที่เกิดจาก “โรคติดเชื้ออุบัติใหม่” ซึ่งเป็นการระบาดจากคนสู่คนอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้โรคนี้เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic)⁽¹⁾ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จัดให้โรคติดต่อในกลุ่มโรคอุบัติใหม่ ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในประเทศไทย เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ อาการแสดงและอาการป่วยโดยทั่วไปพบ ผู้ป่วยมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ คือ มีอาการ “ไข้ และ ไอ” ส่วนใหญ่เริ่มจาก ไอแห้งๆ ตามด้วย ไข้ มีน้ำมูก เจ็บคอ หรือจาม จมูกรับกลิ่นไม่ได้ (anosmia) สามารถแพร่เชื้อผ่านทาง Fexo-oral route ได้ การป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยแนะนำให้หลีกเลี่ยงการพบปะคนจำนวนมาก สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่แออัด และฉีดวัคซีนป้องกันโรค หากเจ็บป่วยแนะนำให้พักผ่อนให้เพียงพอ สร้างความอบอุ่นให้ร่างกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และดื่มน้ำให้เพียงพอที่ร่างกายต้องการ หากอาการรุนแรงแนะนำให้รีบไปพบแพทย์ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการรุนแรงมากขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

สำหรับประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมาในเดือนมีนาคม 2563 พบ กลุ่มคนไทยป่วยจำนวนมากทำให้เกิดการแพร่ระบาดไปสู่คนใกล้ชิดทั้งในครอบครัว สถานที่ทำงาน และสถานศึกษา นอกจากนี้แล้วยังแพร่กระจายไปยังหัวอื่น ๆ ทั่วประเทศ รัฐบาลจึงมีการประกาศใช้พระราชกำหนด การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563⁽²⁾ พร้อมนี้ได้กำหนดแนวทางการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เพื่อตอบสนองต่อการปฏิบัติงานในสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่มีเป้าหมายร่วมกันในการระงับสถานการณ์ให้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ลดการสูญเสียจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยระบบบัญชาการในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Incident Command System) และกลไกการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินตามหลัก 2P2R ประกอบด้วย Prevention Preparedness Response Recovery

จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งได้รับผลกระทบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่การระบาด ระลอกที่ 2 เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งในครั้งนั้นพบ ผู้ป่วยรายแรกที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง คือ สนามมวยในเขตกรุงเทพมหานคร การพบผู้ป่วยในครั้งนี้ส่งผลให้ประชาชน



เกิดความตื่นตระหนก วิตกกังวล สับสนในการรับฟังสื่อสาธารณะ จากสถานการณ์ดังกล่าว คณะกรรมการโรคติดต่อได้สั่งการให้ตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พร้อมให้เตรียมความพร้อมทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงจัดการระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ นับเป็นความท้าทายตลอดระยะเวลา 2 ปี ที่ผ่านมา ในการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ภายใต้ข้อจำกัดขององค์ความรู้ การขาดแคลนทรัพยากรที่ใช้ในการรักษา ป้องกัน และควบคุมโรค อีกทั้งเกิดความตื่นตระหนกของประชาชนในพื้นที่

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสภาพปัญหาของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ และบทเรียนการใช้กลยุทธ์การบริหารจัดการของจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นบทเรียนในการใช้วางแผนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอื่นที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อถอดบทเรียนกลยุทธ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ (Qualitative research) แบบกรณีศึกษา (Case study) เพื่อมุ่งศึกษากลยุทธ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2564–ตุลาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ เป็นบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนกลยุทธ์ และการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ คือ



1) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามคำสั่งจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ 13730/2563 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2563 จำนวน 7 คน

2) คณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขสำหรับทุกโรคและภัยสุขภาพและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 9 คน

3) ผู้รับนโยบายและปฏิบัติในระดับอำเภอที่ทำหน้าที่ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้พิจารณาเลือกพื้นที่ให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมพื้นที่ของจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงได้เลือกจากอำเภอที่กระจายใน 5 โซนการบริหารงานด้านสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นพื้นที่อำเภอขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก ดังนี้ คือ อำเภอเมือง (โซน 1) อำเภอยางตลาด (โซน 2) อำเภอร่องคำ (โซน 3) อำเภอนาคู (โซน 4) และอำเภอก้ามวัง (โซน 5) โดยมีผู้ให้ข้อมูลอำเภอละ 5 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ซึ่งเป็นในลักษณะของแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guideline) โดยใช้สัมภาษณ์คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกาฬสินธุ์ ประเด็นคำถาม ประกอบด้วย สถานการณ์โรค กลยุทธ์ ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน จุดเด่น จุดด้อย ทักษะผู้บริหาร ความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ ข้อเสนอแนะ

2) แบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ซึ่งเป็นในลักษณะของแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured focus group discussion guideline) โดยใช้สนทนากับคณะกรรมการ EOC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และผู้รับนโยบายและปฏิบัติในระดับอำเภอที่ทำหน้าที่ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเด็นคำถาม ประกอบด้วย สถานการณ์โรค กลยุทธ์ ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน จุดเด่น จุดด้อย ทักษะผู้บริหาร ความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ ข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้มีการตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านความตรงตามเนื้อหา 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย 1 ท่าน พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การทำความคุ้นเคยกับข้อมูล (Familiarization) (2) หาประเด็นที่สำคัญจากข้อมูล (Identifying a thematic framework) (3) เลือกไฟล์ข้อมูลที่ถอดเทปแล้ว (Transcription) (4) จากนั้นเอาโค้ดทั้งหมดที่ได้ทั้งของการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม (แยกชุดกัน) มาเรียงกัน แล้วทำการจัดกลุ่มเพื่อ



พัฒนาเป็น Thematic framework หรือพิมพ์เขียวที่ประกอบไปด้วย Themes (5) นำรหัสที่เป็นตัวเลขของ Themes และ Sub-themes ของแต่ละ Thematic framework ไปลงโค้ดใน Transcriptions ทั้งหมดอีกครั้ง และ (6) นำข้อมูลที่เป็นโค้ดเดียวกันมารวมกันแล้วเรียงเก็บไว้ตามลำดับตาม Themes และ Sub-themes ของ Thematic framework เพื่อนำข้อมูลมาตีความ (Interpret) เพื่อสรุปเป็นผลการวิจัยต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการทําวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE652048 รับรอง ณ วันที่ 25 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดกาฬสินธุ์และผู้ให้ข้อมูล

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการบริหารงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดกาฬสินธุ์ นั้นได้มีการแบ่งเป็นโซนอยู่ 5 โซน การศึกษาครั้งนี้ จึงได้พิจารณาเลือกพื้นที่ระดับอำเภอจากทั้ง 5 โซน ดังนี้ คือ อำเภอเมือง (โซน 1) อำเภอยางตลาด (โซน 2) อำเภอร่องคำ (โซน 3) อำเภอนาคู (โซน 4) และอำเภอกำแพง (โซน 5)

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 41 คน เป็นเพศชาย 19 คน และเพศหญิง 22 คน กลุ่มอายุสูงสุด 3 อันดับแรก คือ อายุ 51-60 ปี จำนวน 26 คน รองลงมา ช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 8 คน และ อายุ 21-30 ปี จำนวน 5 คน วุฒิการศึกษาผู้ให้ข้อมูลสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ระดับปริญญาโท จำนวน 20 คน รองลงมา ปริญญาตรี 11 คน และปริญญาเอก 5 คน ประสบการณ์การทำงาน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 31-40 ปี จำนวน 10 คน รองลงมา 21-30 ปี จำนวน 10 คน และ 11-20 ปี 6 คน ดังนี้

ตารางที่ 1 เพศผู้ให้ข้อมูล

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	19	46.3
หญิง	22	53.7

ตารางที่ 2 อายุผู้ให้ข้อมูล

อายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
21-30 ปี	5	12.2
31-40 ปี	1	2.4



อายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
41-50 ปี	8	19.5
51-60 ปี	26	63.5
61-70 ปี	1	2.4

ตารางที่ 3 วุฒิการศึกษาผู้ให้ข้อมูล

วุฒิการศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มัธยมปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	2	4.9
ประกาศนียบัตรวิชาชีพสูง	3	7.3
ปริญญาตรี	11	26.8
ปริญญาโท	20	48.8
ปริญญาเอก	5	12.2

ตารางที่ 4 ข้อมูลประสบการณ์การทำงาน

ประสบการณ์การทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1-10 ปี	5	12.2
11-20 ปี	6	14.6
21-30 ปี	10	24.4
31-40 ปี	20	48.8

สรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย และจังหวัดกาฬสินธุ์ พบการระบาดในจังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถแบ่งการระบาดออกเป็น 4 ระลอก ดังนี้

ระลอกที่ 1 (มกราคม - พฤศจิกายน 2563) จังหวัดกาฬสินธุ์พบ ผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นผู้ป่วยสัมผัสโรคที่สนามมวยลุมพินี จากนั้นในเดือนเมษายน 2563 ได้พบผู้ป่วยยืนยันเพิ่มเติม จำนวน 2 ราย เป็นผู้ที่มีประวัติเดินทางมาจากสนามมวยเขตกรุงเทพมหานคร

ระลอกที่ 2 (ธันวาคม 2563-มีนาคม 2564) ในวันที่ 28 มีนาคม 2564 จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 1 ราย มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากพื้นที่ตลาดบางแค กรุงเทพมหานคร หลังจากนั้น ไม่พบผู้ติดเชื้อเพิ่มเติม



ระลอกที่ 3 (เมษายน – ธันวาคม 2564) ในวันที่ 11 เมษายน 2564 จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 1 ราย มีประวัติไปสถานบันเทิงในจังหวัดมหาสารคาม พบแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น โดยในเดือนสิงหาคม 2564 มีผู้ป่วยยืนยันสูงสุด จำนวน 4,105 ราย และผู้ป่วยสูงสุด 283 รายต่อวัน ระยะถัดมาเริ่มระบาดไปยังครอบครัว เดือนธันวาคม 2564 ถึง มกราคม 2565 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน ขยายวงกว้างไปในพื้นที่ต่างๆ และพบการระบาดในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งในระลอกที่ 3 นี้มีผู้ป่วยยืนยันรายแรกเสียชีวิตในวันที่ 30 เมษายน 2564 เป็นเพศชาย อายุ 86 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระลอกที่ 4 (มกราคม 2565 เป็นต้นไป) เนื่องจากเป็นช่วงเทศกาลปีใหม่จึงการเดินทางของประชาชนมาจากต่างจังหวัดมากขึ้น มีการจัดงานบุญงานประเพณี และงานมหรสพมากขึ้น จึงทำให้จังหวัดกาฬสินธุ์พบ การติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ เดือนเมษายน 2565 พบผู้ติดเชื้อเข้าข่าย 27,985 ราย และมีผู้ป่วยสูงสุด 1,668 ต่อวัน ช่วงหลังเทศกาลสงกรานต์เป็นต้นมา พบแนวโน้มผู้ป่วยยืนยันลดลงชัดเจนในเดือนพฤษภาคม 2565 พบ ผู้ป่วยยืนยันน้อยลงอย่างชัดเจน

2. กลยุทธ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ (พ.ศ. 2563–2565) ดังนี้ เดือนมกราคม 2563 ได้จัดตั้งระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง จังหวัดกาฬสินธุ์พบ ผู้ป่วยรายแรก ตั้งแต่ระลอกที่ 1 ที่เดินทางมาจากสนามมวย กรุงเทพมหานคร หลังจากนั้น ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เป็นเวลา 363 ราย ในระหว่างนั้นมีการปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อเตรียมความพร้อมรับการระบาดโดยดำเนินการจัดเตรียมแผนและระบบบัญชาการเหตุการณ์ ทบทวนคำสั่ง และมอบหมายภารกิจที่ชัดเจนครอบคลุมทั้งคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกาฬสินธุ์ และศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (EOC จัดเตรียมยาเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ ทางด้านการแพทย์ พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้มีสมรรถนะเรื่องการรักษาโรคการป้องกันการติดเชื้อ อบรม CDCU อบรมทีมตระหนักรู้และควบคุมโรค จัดเตรียมโรงพยาบาลสนาม Home isolation (HI) และ Community isolation (CI) และจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ในช่วงเดือนเมษายน 2564 เริ่มพบผู้ป่วยอีกครั้งและแพร่ระบาดขยายวงกว้างไปในพื้นที่ต่างๆ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในหน่วยบริการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนั้น จึงเพิ่มความเข้มข้น และปรับกลยุทธ์การดำเนินงาน ดังนี้ ปิดสถานบันเทิง/สถานที่เสี่ยง ประกาศให้นำ ATK มาใช้เพื่อตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการตรวจด้วยวิธี RT-PCR real Time กลยุทธ์การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) การบริหารจัดการอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ มาตรการ COVID Free Setting โดยกำหนดใช้ในสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดโรค เช่น โรงเรียน ตลาด โรงแรม สถานที่ท่องเที่ยวและร้านอาหาร Home isolation (HI) และ Community isolation (CI) และโรงพยาบาลสนาม เพื่อขยายการรองรับผู้ป่วยให้เพียงพอ



สถานการณ์ การมีส่วนร่วมโดยใช้กลยุทธ์ (สี่ทหารเสือ) ร่วมกับการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้วัคซีนประชาชน ความครอบคลุม 70% สื่อสารความเสี่ยงประชาชนเพื่อเตรียมปรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565 เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคลดลงอย่างชัดเจน พร้อมนี้ได้ดำเนินการถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพ และพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้วยบทเรียนจากการระบาดที่ผ่านมา

3. กลไกการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ (พ.ศ. 2563–2565) ดังนี้

3.1 จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ใช้กลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นกลไกหลักในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน มาตรการ และออกคำสั่งจังหวัดกาฬสินธุ์ เรื่อง มาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และมีการแจ้งเวียนสรุปรายงานถึงนายอำเภอทุกอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนภารกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

3.2 ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (EOC) ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) เป็นกลไกหลักในการบัญชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์มีกล่องภารกิจต่างๆ บริหารจัดการข้อมูลวางแผน และดำเนินงาน โดยประเมินระดับความรุนแรง/ขนาดของปัญหารายวัน/รายสัปดาห์ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ มีคำสั่ง/โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ชัดเจน

3.3 กลไกการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์ (พ.ศ. 2563–2565) การดำเนินการในระดับอำเภอได้มีการถ่ายทอดข้อสั่งการให้ทุกอำเภอ จัดตั้งระบบบัญชาการเหตุการณ์ โดยอาศัยการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคโดยใช้กลยุทธ์เชิงรุก เชิงรับ กลยุทธ์การมีส่วนร่วม กลยุทธ์ 4 ทหารเสือ ซึ่งประกอบด้วย ปลัดอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข ได้แก่ ผอ.รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และฝ่ายกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนันร่วมกำกับการดำเนินการมาตรการทางสาธารณสุข คือ การเว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ และวัคซีนหมูมิ (DMHT) มาตรการทางสังคมเน้นการมีส่วนร่วมในการเว้นระยะห่าง การปิดหรือควบคุมสถานที่เสี่ยง และมาตรการทางการแพทย์ รวมถึงการจัดเตรียมเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อภาวะวิกฤติ การปรับการรักษาทางการแพทย์วิธีใหม่ ควบคู่ไปกับแผนการสื่อสาร แผนดูแลสุขภาพจิต แผนจัดการวัคซีน และแผนประกอบกิจการ



อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษากลยุทธ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินตามหลักการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยประยุกต์แนวทางการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุขโดยจัดให้มีการดำเนินงาน(1)กลไกการป้องกัน (Prevention) โดยจัดตั้งระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่มีความรวดเร็ว ครอบคลุม และทันเวลา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 พร้อมทั้งมีการซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (2) กลไกการเตรียมพร้อม (Preparedness) จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (EOC) ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ที่มีผู้บัญชาการเหตุการณ์ คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกลไกภารกิจต่างๆ บริหารจัดการข้อมูล ประเมินระดับความรุนแรง/ขนาดของปัญหา ภายใต้แนวคิดการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค Public Health Emergency Management, Incidence Command System and Emergency Operations Center, Department of Disease Control. (PHEM, ICS & EOC) (3)กลไกการรับมือ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) โดยเริ่มดำเนินการในการระบาระบาดะลอกเดือนธันวาคม 2563 เริ่มใช้กลยุทธ์ปิดสถานบันเทิง/สถานที่เสี่ยง ระยะถัดมาพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงเพิ่มกลยุทธ์การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) ประกาศให้นำ ATK มาใช้เพื่อตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการตรวจด้วยวิธี RT-PCR real Time หลังจากนั้นปรับมาตรการการป้องกันโรคให้เข้มข้นโดยใช้กลยุทธ์ COVID Free Setting ในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคซึ่งสอดคล้องกับรายงานการถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ที่พบว่า กลไกการดำเนินงานที่สำคัญในการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือ ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (EOC) ซึ่งอยู่ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และการกำหนดมาตรการที่สำคัญ ซึ่งประกอบไปด้วย มาตรการด้านสาธารณสุข (ได้แก่ การแจ้งเตือนภัยโควิด 19 สำหรับประชาชนตามระดับสถานการณ์การเฝ้าระวัง ผ่อนคลายมาตรการผู้เดินทางจากต่างประเทศ การเฝ้าระวังและสอบสวนโรค เป็นต้น) มาตรการด้านการแพทย์ (ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยและการให้บริการกลุ่มที่เสี่ยงและอาการรุนแรง เป็นต้น) มาตรการด้านกฎหมายและสังคม (ได้แก่ มาตรการป้องกันตัวเองแบบครบวงจร และดำเนินการตามมาตรการ COVID Free Setting เป็นต้น) และมาตรการด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ (ได้แก่ การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่างๆ) นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พงศ์ศักดิ์ จันทร์ทอง และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า ประชาชนในพื้นที่ มีการสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกคน มีการล้างมือก่อนเข้ามัสยิด



เว้นระยะห่างของการทำพิธีละหมาด การจำกัดคนในการเข้าร่วมพิธีศพ และไม่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่เกิดขึ้นในพื้นที่ ทั้งนี้ นอกจากจะกำหนด COVID Free Setting ในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคแล้ว ในสถานที่ให้บริการก็มีการดำเนินการเช่นกัน โดยการศึกษาของสมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ และคณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาระบบการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ในการให้บริการประชาชนหรือผู้มารับบริการเน้นการประชาสัมพันธ์ จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด มีการเว้นระยะห่าง มีจุดวัดไข้ ติดสติ๊กเกอร์มีจุดวางแอลกอฮอล์ รมรงค์สาริตการล้างมือ 7 ขั้นตอน แจกเจลแอลกอฮอล์ จัดกิจกรรมรณรงค์ และมีการประกาศนโยบาย Phahol Free Setting “มาตรการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาปลอดภัยห่างไกลโควิด” ต่อมาในเดือนธันวาคม 2564 จึงปรับกลยุทธ์การตรวจหาเชื้อโรค โดยใช้ ATK เป็นวิธีการตรวจหลัก ในระยะถัดมาเดือนมกราคม 2565 พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่เพิ่มมากขึ้น พบว่าจำนวนเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอจึงเพิ่มกลยุทธ์การเตรียมสถานที่รักษา แยกกัก และกักกันกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กลยุทธ์ HI CI และโรงพยาบาลสนาม เพื่อขยายการรองรับผู้ป่วยให้เพียงพอกับสถานการณ์ในขณะนั้น ในเดือนพฤษภาคม 2565 พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่ลดลงอย่างชัดเจน จังหวัดกาฬสินธุ์ จึงเตรียมการสื่อสารความเสี่ยงประชาชน เพื่อเตรียมปรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง และโรคประจำถิ่นสอดคล้องกับการศึกษาของ มนุ สุกลสกุล และคณะ⁽⁶⁾ ที่ได้มีการถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยพบว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปแบบของโรงพยาบาลสนามเป็นหลัก และรูปแบบของ Home isolation (HI) และ Community isolation (CI) รวมด้วย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา และมีการสื่อสารความเสี่ยงทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักและเกิดการตื่นตัวในการดูแลป้องกันตนเอง และ (4) กลไกด้านการฟื้นฟู (Recovery) จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ดำเนินการประชุมถอดบทเรียนการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพและพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทุกโรคทุกภัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย เรื่อง กลยุทธ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยขอเสนอ 3 ประเด็น ประกอบด้วย (1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (2) ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติ และ (3) ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป รายละเอียดดังนี้

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากบทเรียนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมาทำให้เราทราบโดยทั่วกันว่าการเตรียมความพร้อมของระบบที่พร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินไม่ว่าเหตุการณ์ใดมีความสำคัญเป็น



อย่างยิ่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอให้จังหวัดกาฬสินธุ์ให้ความสำคัญการเตรียมความพร้อมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเป็นนโยบายหลัก ประเด็นยุทธศาสตร์ของจังหวัดของจังหวัดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

การจัดระบบบริการด้านสาธารณสุขควรนำการรักษาด้วยวิธี Telemedicine และจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดความสะดวกสำหรับผู้ป่วย และลดระยะเวลารอคอย การบริหารจัดการด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เสนอให้พิจารณาเพิ่มค่าตอบแทนความเสี่ยงให้บุคลากรทุกระดับ เพื่อเพิ่มขวัญกำลังใจเจ้าหน้าที่ และควรปรับปรุงระเบียบการเบิกจ่ายให้สามารถปฏิบัติได้ง่าย รวดเร็ว เหมาะสมกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ระบบข้อมูลสารสนเทศ ฐานข้อมูลควรนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยในการจัดการ (Digital Transformation) เชื่อมโยงทุกระดับ และยกระดับแผนด้านกำลังพลด้านสุขภาพให้เพียงพอ เท่าเทียมและเสมอภาคเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนางานวิจัยในรูปแบบงานวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนากระบวนการการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการเตรียมความพร้อมสถานการณ์ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้ครอบคลุมความเสี่ยงในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกาฬสินธุ์ (2) คณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขสำหรับทุกโรคและภัยสุขภาพ (Emergency Operation Center: EOC) สสจ.กาฬสินธุ์ (3) ดร.สุภัทรา สามัง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และ (4) คปสอ.เมือง คำม่วง ร่องคำ ยางตลาด และนาคู

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ims.ddc.moph.go.th/files/OpsPlan_COVID19_250263.pdf
2. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน. รายงานการถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับเขตสุขภาพ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563-1 กรกฎาคม 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.



3. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน. รายงานการถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับเขตสุขภาพ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563-1 กรกฎาคม 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. พงศ์ศักดิ์ จันทร์ทอง, อุไรวรรณ จันทร์ทอง, และศุภลักษณ์ เมธารินทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชนบ้านบางม่วง ตำบลฝาละมี อำเภอลำทะเมนชัย [อินเทอร์เน็ต]. พัทลุง: 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2565]; เข้าถึงได้จาก: https://ptho.moph.go.th/ptvichakarn63/index_doc.php
5. สมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ, รัชพงษ์ เวียงเจริญ, ศุภมา พิพัฒน์นรเศรษฐ, ชนาภานต์ อนันตริกุล. รายงานการวิจัย: ศึกษากระบวนการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา-2019 (โควิด-19) ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่32; ฉบับที่ 3 พฤษภาคม-มิถุนายน 2566: 479-487.
6. มนุ สุกลสกุล, วาสนิ วงศ์อินทร์, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช, คณิต หนูพลอย และชรรค์ศักดิ์ เพ็ชรรัตน์. การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคโควิด 19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่31; ฉบับที่2 มีนาคม – เมษายน 2565: 253-244.
7. สำนักงานศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษา แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายใต้ โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจประชาธิปไตยท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพัฒนาการปกครองท้องถิ่น สถาบันพระปกเกล้า ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kpi.ac.th/knowledge/research/data/1304?page=39>
8. กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
9. กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
10. กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกที่ 3. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.



11. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับเขตสุขภาพ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563-1 กรกฎาคม 2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
12. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. กรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ.2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. อุบลราชธานี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี; 2566.
13. ชาญเลขา กุลละวณิชย์. การพัฒนากลยุทธ์การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; ปีที่พิมพ์ 11; เล่มที่ 2: 218-408



ประสิทธิผลของกิจกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
ในคลินิกหมอครอบครัวบ้านหนองเม็ก อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
THE EFFECTIVENESS OF FALL PREVENTION PROGRAM IN ELDERLY
AT PRIMARY CARE CLUSTER BAN NONG MEK,
SUWANNAPHUM DISTRICT, ROI-ET PROVINCE

Received: March 01, 2024

Revised: March 17, 2024

Accepted: April 20, 2024

พินทิพ ธีรธนบดี^{1*}

Pintip Teeratanabordee^{1*}

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือกระทั่งรุนแรงถึงเสียชีวิตโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้ง ผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความเสี่ยงต่อการหกล้มประเมินด้วย Thai FRAT ได้ 4 คะแนนขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน ใช้โปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มควบคุม 23 คน ที่ใช้เฉพาะกิจกรรมการป้องกันการหกล้มแบบปกติ ดำเนินการศึกษาวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ จากนั้นเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการหกล้ม และ Time up and go test ระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังการทดลองหลังจบการทดลอง 6 เดือน

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งในการหกล้ม และ Time up and go test ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 0.527; 95% CI = 0.112-0.941; p-value = 0.015 และ mean difference = 2.458; 95% CI = 0.093-4.823; p-value = 0.042) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุนี้ มีประสิทธิภาพในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน จึงควรมีการส่งเสริมและนำไปใช้ต่อไป

คำสำคัญ: การป้องกันการหกล้ม, ผู้สูงอายุ, PCC

¹ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Suwannaphum Hospital, Roi-ET Province

*Corresponding author E-mail: amemipintip@gmail.com



Abstract

Falls are one of the major public health problems, ranging from minor injuries to death, especially among the elderly. This research is a quasi-experimental, two-group pretest-posttest study aimed to study the effectiveness of a fall prevention program for the elderly in the community. The participants were elderly over 60 years old, with Thai FRAT score equal to or more than 4 points. 26 elders in the experimental group underwent a fall prevention program for 12 weeks and 23 elders in the control group received the usual care program. The number of falls and Time up and go test were recorded to compare them between both groups at the beginning of the study and 6 months after finishing the program.

The results showed that after the end of the program, both groups had a lower number of fall events and Time up and go tests compared to the beginning. In between groups, there were statistically significant differences in the mean change of fall events and in the mean change of Time up and go tests (0.527; 95% CI = 0.112-0.941; p-value = 0.015 and 2.458; 95% CI = 0.093-4.823; p-value = 0.042 for fall events and time up and go tests, respectively). This study indicates that the fall prevention program was beneficial for reducing fall events and time spent on Time up and go test so it should be promoted and used further.

Key words: Fall prevention, Elderly, PCC



บทนำ

สังคมสูงอายุ (Aging Society) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทั่วโลกใน ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ ปี 2548 และปัจจุบันได้เปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยประชากรผู้สูงอายุในปี 2565 มีจำนวนมากกว่า 12 ล้านคน ซึ่งคิดเป็น 18.3% ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่พบมีหลายด้าน ทั้งปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ รวมถึงด้านการดูแลจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ปัญหาด้านสุขภาพร่างกายที่พบส่วนมากของผู้สูงอายุเกิดจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย⁽²⁾

การพลัดตกหกล้มถือเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยช่วงอายุที่มีอุบัติการณ์กลุ่มใหญ่ คือ อายุมากกว่า 60 ปี⁽³⁾ ประเทศไทยมีรายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2560–2564 พบว่า มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม ปีละประมาณ 3,030,900-5,506,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิต จำนวน 5,700-10,400 คนต่อปี⁽⁴⁾ การหกล้มในผู้สูงอายุมีหลายสาเหตุหรือหลายปัจจัย ปัจจัยภายในจากความเสื่อมของภาวะสุขภาพ ได้แก่ การลดลงของกำลังกล้ามเนื้อและมวลกล้ามเนื้อ ความสามารถในการทรงตัว การมองเห็น ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท การใช้ยาบางประเภท ปัจจัยภายนอก ได้แก่ พื้นลื่น พื้นต่างระดับ มีสิ่งกีดขวางที่ทางเดิน แสงสว่างไม่เหมาะสม การสวมใส่เครื่องแต่งกายหรือรองเท้าไม่เหมาะสม เป็นต้น⁽⁵⁻⁷⁾ ปัจจุบันไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และโอกาสเสี่ยงในการหกล้ม รวมไปถึงมาตรการการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น⁽⁸⁻¹¹⁾

คลินิกหมอครอบครัวบ้านหนองเม็กมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นทะเบียนใช้บริการในเขตให้บริการทั้งสิ้น 1,148 ราย พบว่า มีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มที่ต้องเข้ารับการรักษาที่คลินิกหมอครอบครัวในปีที่ผ่านมาจำนวน 44 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 3.8 และยังมีผู้สูงอายุที่หกล้มแต่ไม่ได้เข้ารับการรักษาอีกจำนวนหนึ่ง จากการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้ TUGT ในปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีความเสี่ยง 644 ราย จากการคัดกรอง 1,148 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายมาตรการที่สามารถลดความเสี่ยง และป้องกันการหกล้มได้ หากแต่รูปแบบและวิธีดำเนินการยังมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้พบว่ามีการใช้รูปแบบกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับการศึกษาเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ⁽⁸⁾ จึงเป็นแนวคิดเพื่อนำมาศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชนเขตบริการคลินิกหมอครอบครัวบ้านหนองเม็ก เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการหกล้มและเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการหกล้ม รวมถึงจำนวนครั้งของการหกล้มหลังเข้าร่วมการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในการวิจัยนี้



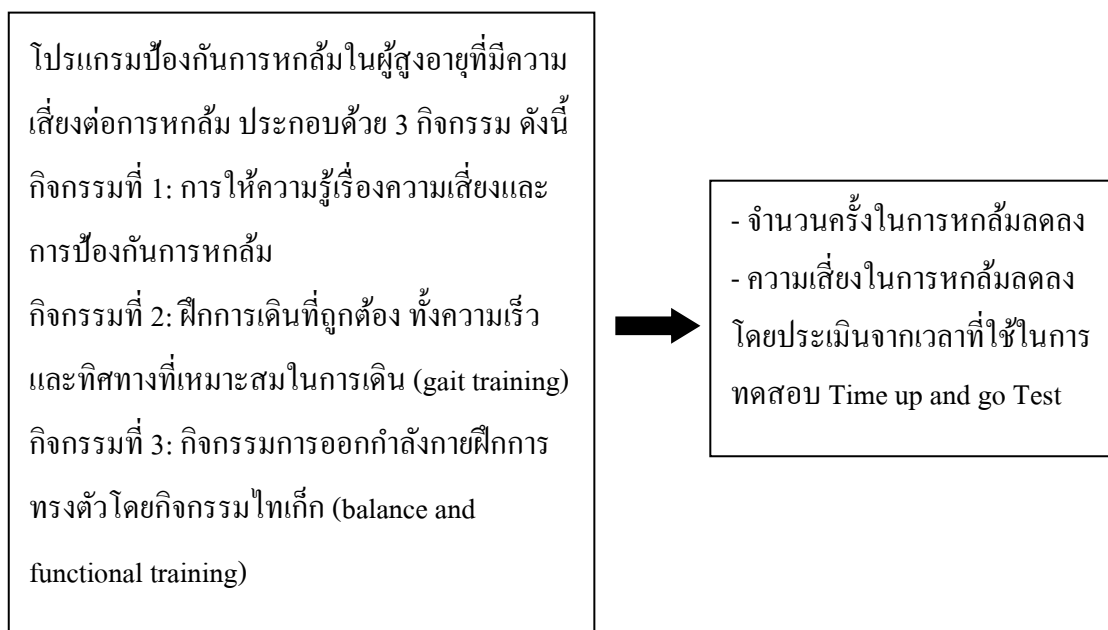
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดมาตรการการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มจากการศึกษา ชาญรัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ⁽⁸⁾ ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า มีมาตรการที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเป็นรูปแบบกิจกรรมการออกกำลังกาย มาปรับให้สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในเขตให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวบ้านหนองเม็ก ที่มีผู้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจากการคัดกรองจำนวนมาก เพื่อจะลดจำนวนครั้งในการหกล้มและลดความเสี่ยงตามกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ดำเนินการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง (Two group pretest-posttest design)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยพบความเสี่ยงจากการคัดกรองโดยใช้เครื่องมือ Time Up And Go Test⁽¹²⁾ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ให้บริการคลินิกหมอครอบครัวบ้านหนองเม็ก ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 644 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลทุ่งศรีเมือง ที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากการประเมินด้วยเครื่องมือ Thai FRAT⁽¹³⁾ มีคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป การคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้จากการใช้โปรแกรม G star power 3.1.9.7 ใช้ Two independent means formula

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากการศึกษาของธีรภัทร อติวิจิตรระการ⁽¹¹⁾ เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ มีค่า statistic power เท่ากับ 0.80 ค่า alpha error level เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน โดยผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย 10 เปอร์เซนต์จากการวิจัย ได้จำนวน 52 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มควบคุม 26 รายในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

1. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง
2. สามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารด้วยการพูดและฟังได้
3. ได้รับการประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม โดยใช้แบบประเมิน Thai FRAT⁽¹³⁾ มีคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป
4. มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index⁽¹⁴⁾ เท่ากับ 12 คะแนนขึ้นไป

5. อาศัยอยู่ในตำบลทุ่งศรีเมืองในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย

1. ระยะเวลาเข้าร่วมโครงการน้อยกว่า 5 ครั้ง จากกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง
2. มีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการเดิน/การทรงตัว เช่น กระดูกแขนขาหัก/ผิดรูป มีอาการทางระบบประสาทและหัวใจ เช่น วูบ เกร็งกระดูก วิงเวียนบ้านหมุน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (BP >180/110)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมป้องกันการหกล้มในระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้



(1) กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องความเสี่ยง และการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ^(5,6) (สัปดาห์ที่ 1-2) เนื้อหาประกอบด้วย สถานการณ์ปรับเปลี่ยนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย อัตราการหกล้มในผู้สูงอายุ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ ระดับความรุนแรงของการหกล้ม และผลกระทบที่ตามมา วิธีการป้องกันการหกล้ม โดยผู้ให้ความรู้คือผู้วิจัย และทีมพยาบาลประจำคลินิกหมอครอบครัวบ้านหนองเม็ก มีการใช้สื่อแสดงภาพนิ่ง คือ โปสเตอร์ แผ่นพับและสื่อ Power Point รวมถึงวิดีโอ

(2) กิจกรรมฝึกการเดินที่ถูกต้อง ทั้งความเร็วและทิศทางที่เหมาะสมในการเดิน (gait training) (สัปดาห์ที่ 4) การออกกำลังกายที่ฝึกเดินและการแก้ไขวิธีการเดิน ได้แก่ การฝึกท่าทางระยะก้าว และจังหวะการเดิน การเปลี่ยนช่วงก้าวเมื่อเปลี่ยนระดับหรือทิศทาง⁽¹²⁾

(3) กิจกรรมการออกกำลังกายฝึกการทรงตัว (balance and functional training) และกิจกรรมไทเก็ก (สัปดาห์ที่ 4, 6, 8, 10, 12) เป็นการออกกำลังกายที่ฝึกระบบการทรงตัวของร่างกาย เริ่มต้นด้วยการอบอุ่นร่างกาย โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการทรงตัว ซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกายทั้งหมด 9 ท่า⁽¹⁵⁾ และการออกกำลังกายในรูปแบบไทเก็ก เป็นวิธีออกกำลังกายที่จะช่วยปรับสมดุลของร่างกายภายนอกควบคู่กับจิตใจภายใน ช่วยเสริมสร้างสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ ช่วยให้การเคลื่อนไหวร่างกาย และการทรงตัวดีขึ้น⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ จำนวนชั้นของที่อยู่อาศัย การได้รับความรู้และคำแนะนำเรื่องความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้ม ประวัติการหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงในการหกล้ม ได้แก่ แบบประเมิน Thai FRAT, Time up and go test และ Berg Balance Score⁽¹²⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติพรรณนาเพื่ออธิบายการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่ม ด้วย chi square test, Fisher's exact test, paired samples t-test และ Independent samples t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 0412566 วันที่ให้การรับรอง 5 เมษายน พ.ศ. 2566



ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น จำนวน 49 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 23 ราย และกลุ่มทดลอง 26 ราย มีอายุเฉลี่ย 76.65 ± 8.71 ปี และ 76.81 ± 6.49 ปีตามลำดับ หากแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า กลุ่มควบคุมมีผู้สูงอายุในช่วงอายุ 70-79 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.26 ตามมาด้วยช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 21.74 และไม่มีผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ในกลุ่มทดลองมีผู้สูงอายุในช่วงอายุ 70-79 ปี เป็นส่วนใหญ่เช่นกัน ร้อยละ 50.00, ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 15.38 และอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 34.62 ทำให้เมื่อแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.008$) ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีข้อมูลทั่วไปที่ใกล้เคียงกัน คือ ในกลุ่มทดลองมีประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.26 จบการศึกษาดำรงระดับประถมศึกษา ร้อยละ 95.65 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.91 มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 82.61 ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม ร้อยละ 86.96 มีการใช้ยาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 78.26 มีการมองเห็นและการทรงตัวบกพร่อง ร้อยละ 82.61 และร้อยละ 86.96 ตามลำดับ และมีความเสี่ยงในการหกล้มประเมินด้วย Berg balance scores อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.17 ในกลุ่มทดลอง ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน ร้อยละ 76.92 จบการศึกษาดำรงระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.46 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 84.62 มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 84.62 ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม ร้อยละ 80.77 มีการใช้ยาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 88.46 มีการมองเห็นและการทรงตัวบกพร่อง ร้อยละ 73.08 และร้อยละ 96.15 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ของประชากรในกลุ่มควบคุม คือ เกษตรกร ร้อยละ 47.83 ในขณะที่ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.54 ทั้งสองกลุ่มมีความเสี่ยงในการหกล้มประเมินด้วย Berg balance scores อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.54 ในส่วนของคะแนน Thai FRAT พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 5.70 ± 1.94 ในกลุ่มควบคุม และ 5.58 ± 2.19 ในกลุ่มทดลอง ซึ่งพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.757$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 49 ราย ($n = 49$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม ($n = 23$)	กลุ่มทดลอง ($n = 26$)	p-value
อายุ, mean $\pm$ SD	75.65 $\pm$ 8.71	76.81 $\pm$ 6.49	0.353*
60-69 ปี	5 (21.74%)	4 (15.38%)	
70-79 ปี	18 (78.26%)	13 (50.00%)	0.008*
มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี	0 (0.00%)	9 (34.62%)	



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 23)	กลุ่มทดลอง (n = 26)	p-value
เพศ			
ชาย	5 (21.74%)	6 (23.08%)	0.911*
หญิง	18 (78.26%)	20 (76.92%)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	22 (95.65%)	23 (88.46%)	0.359**
ประถมศึกษา	1 (4.35%)	3 (11.54%)	
สถานภาพ			
โสด	1 (4.35%)	0 (0.00%)	0.455**
สมรส	17 (73.91%)	22 (84.62%)	
หย่า/ หม้าย	5 (21.74%)	4 (15.38%)	
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8 (34.78%)	16 (61.54%)	0.038*
เกษตรกร	11 (47.83%)	10 (38.46%)	
รับจ้าง	4 (17.39%)	0 (0.00%)	
รายได้ต่อเดือน			
น้อยกว่า 1,000 บาท	19 (82.61%)	22 (84.62%)	0.850**
1,001 – 2,000 บาท	4 (17.39%)	4 (15.38%)	
เคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการ			
หกล้ม			
เคย	3 (13.04%)	5 (19.23%)	0.559**
ไม่เคย	20 (86.96%)	21 (80.77%)	
การใช้ยาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม			
มี	18 (78.26%)	23 (88.46%)	0.335*
ไม่มี	5 (21.74%)	3 (11.53%)	
การมองเห็นบกพร่อง			
มี	19 (82.61%)	19 (73.08%)	0.425*
ไม่มี	4 (17.39%)	7 (26.92%)	



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 23)	กลุ่มทดลอง (n = 26)	p-value
การทรงตัวบกพร่อง			
มี	20 (86.96%)	25 (96.15%)	0.241**
ไม่มี	3 (13.04%)	1 (3.85%)	
Thai-FRAT score, mean $\pm$ SD	5.70 $\pm$ 1.94	5.58 $\pm$ 2.19	0.757***
Berg balance scores			
กลุ่มมีความเสี่ยงต่ำ	6 (26.09%)	4 (15.38%)	0.643*
กลุ่มมีความเสี่ยงปานกลาง	12 (52.17%)	16 (61.54%)	
กลุ่มมีความเสี่ยงสูง	5 (21.74%)	6 (23.08%)	

* test with chi-square

** test with Fisher's exact

*** test with independent t-test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างจำนวนครั้งในการหกล้ม และระยะเวลาที่ใช้ในการทดสอบ Time up and go test ภายในกลุ่มเดียวกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะการทดลอง	N	จำนวนครั้งในการหกล้ม		p-value	Time up and go test - วินาที		p-value
			mean $\pm$ sd	mean difference (95% CI)		mean $\pm$ sd	mean difference (95% CI)	
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	23	1.48 $\pm$ 1.97	0.913 (0.346-1.480)	0.003	19.39 $\pm$ 6.02	2.087 (0.893-3.281)	0.002
	หลังการทดลอง	23	0.57 $\pm$ 0.94			17.30 $\pm$ 4.80		
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	26	1.23 $\pm$ 1.79	1.192 (0.461-1.924)	0.003	20.92 $\pm$ 6.93	6.077 (3.895-8.259)	0.000
	หลังการทดลอง	26	0.04 $\pm$ 0.19			14.85 $\pm$ 3.06		



หลังสิ้นสุดงานวิจัย ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งในการหกล้มของทั้งสองกลุ่ม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในกลุ่มควบคุม ($p\text{-value} = 0.003$) และในกลุ่มทดลอง ($p\text{-value} = 0.003$) โดยมี $\text{mean difference} = 0.913$, $95\% \text{ CI} = 0.346\text{-}1.480$ ในกลุ่มควบคุม และ $\text{mean difference} = 1.192$, $95\% \text{ CI} = 0.461\text{-}1.924$ ในกลุ่มทดลอง และระยะเวลาที่ใช้ในการทดสอบ Time up and go test ก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p\text{-value} = 0.002$ ในกลุ่มควบคุม และ $p\text{-value} < 0.001$ ในกลุ่มทดลอง) โดยมี $\text{mean difference} = 2.087$, $95\% \text{ CI} = 0.893\text{-}3.281$ ในกลุ่มควบคุม และ $\text{mean difference} = 6.077$, $95\% \text{ CI} = 3.895\text{-}8.259$ ในกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งในการหกล้มในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี $\text{mean difference} = 0.527$ ($95\% \text{ CI} = 0.112\text{-}0.941$; $p\text{-value} = 0.015$) และใช้เวลาในการทดสอบ Time up and go test น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน โดยมี $\text{mean difference} = 2.458$ ($95\% \text{ CI} = 0.093\text{-}4.823$; $p\text{-value} = 0.042$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างจำนวนครั้งในการหกล้ม และระยะเวลาที่ใช้ในการทดสอบ Time up and go test ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ระยะการทดลอง	กลุ่มตัวอย่าง	N	จำนวนครั้งในการหกล้ม		p-value	Time up and go test - วินาที		p-value
			mean±sd	mean difference (95% CI)		mean±sd	mean difference (95% CI)	
ก่อนการทดลอง	กลุ่มควบคุม	23	1.48±1.94	0.247 (-0.836-1.331)	0.360	19.39±6.02	-1.532 (-5.286-2.222)	0.239
	กลุ่มทดลอง	26	1.23±1.79			20.92±6.93		
หลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม	23	0.57±0.94	0.527 (0.112-0.941)	0.015	17.30±4.80	2.458 (0.093-4.823)	0.042
	กลุ่มทดลอง	26	0.04±0.19			14.85±3.05		



สรุปผลการวิจัย

จากการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในคลินิกหมอครอบครัวบ้านหนองเม็ก พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้ม มีจำนวนครั้งในการหกล้มและระยะเวลาในการทดสอบ Time up and go test ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ดังนั้น จึงสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มตามบริบทของแต่ละพื้นที่ได้

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มรายบุคคล การให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้ม การสาธิตการเดินที่ถูกต้อง ความเร็วและทิศทางที่เหมาะสมในการเดิน (gait training) กิจกรรมการออกกำลังกายฝึกการทรงตัวและการฝึกการพัฒนาร่างกายเพื่อให้ตอบสนองกับการเคลื่อนไหวของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (balance and functional training) กิจกรรมฝึกไทเก็ก (Tai Chi) เมื่อผ่านการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ และเก็บข้อมูลจำนวนการหกล้มซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม มีจำนวนครั้งในการหกล้มเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีการใช้เวลาในการทดสอบ Time up and go test ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรการการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มจากการศึกษาชัยญูรัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ⁽⁸⁾ ที่ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ให้บริการของ PCC บ้านหนองเม็ก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถสนับสนุนได้ว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม มีจำนวนครั้งในการหกล้มและเวลาในการทดสอบ Time up and go test ลดลง เนื่องจากการประเมินความเสี่ยงในการหกล้มรายบุคคล และผ่านกระบวนการให้คำแนะนำแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประกอบด้วย คำแนะนำในการเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลังและด้านหลังกล้ามเนื้อสะโพกด้านข้าง และการบริหารข้อเท้า การสอนบริหารยืดเหยียดข้อไหล่ กล้ามเนื้อคอ ศีรษะ และลำตัวที่ผู้สูงอายุแต่ละรายสามารถทำได้ และมีการร่วมกิจกรรมการฝึกการทรงตัวและการเคลื่อนไหวอย่างกิจกรรมไทเก็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของธีรภัทร อัดวินิจตระการ⁽¹¹⁾ เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ปี 2562 ที่พบว่า ผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้ม มีความรู้และการเตรียมความพร้อมในการป้องกันการหกล้มแตกต่างจากก่อนร่วมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01) และสอดคล้องกับ



การศึกษาของจริญญา ส่งเสริม⁽¹⁸⁾ เรื่องผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลตองโขบ อำเภอโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร ปี 2563 ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุในชุมชนมีอัตราการพลัดตกหกล้มภายใน 90 วัน ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chen Weidong⁽¹⁹⁾ และคณะ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomize Control Trial: RCT) เรื่องการออกกำลังกายด้วยไทเก็กเพื่อป้องกันการหกล้มและเพิ่มความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุ ที่พบว่า ไทเก็กมีประสิทธิภาพในการป้องกันการหกล้ม และเพิ่มความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุได้ แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงดีหรือมีความเสี่ยงสูงในการหกล้มก็ตาม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ลักษณะการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นการประเมินจากผู้สูงอายุโดยตรง และมีการเก็บข้อมูลจำนวนครั้งการหกล้ม 6 เดือน ทั้งก่อนและหลังร่วมงานวิจัย จึงอาจมีการคลาดเคลื่อนในการให้ข้อมูลจากการระลึกข้อมูลย้อนหลังได้ จึงควรมีการเก็บข้อมูลจากคนใกล้ชิดเพิ่มเติม หรือเพิ่มความถี่ในการเก็บข้อมูลเพื่อลดอคติที่เกิดจากการลืม (Recall Bias)
2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาร่วมกิจกรรมลำพัง อาจมีการหลงลืมในคำแนะนำที่ได้รับหรือทำกิจกรรมในการออกกำลังกาย ควรมีสมาชิกในครอบครัวมาร่วมสังเกตการณ์ด้วย
3. ควรมีการติดตามผลของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมว่ามีการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขเพื่อให้เกิดการฝึกกายบริหารและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเกิดขึ้นในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Marketeer Team. จำนวนผู้สูงอายุไทย ปี 65 ทำไมเพิ่มต่อเนื่อง แต่อัตราการเกิดต่ำ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://marketeeronline.co/archives/272771>
2. ณัฐหทัย นิลดิษฐ์. ผู้สูงอายุไทยในศตวรรษที่ 21 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 ธันวาคม 2565]; 1(1): 107–16. เข้าถึงได้จาก: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSSMBU/article/view/248739>
3. World Health Organization. Falls. [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>



4. นิพา ศรีช้าง, ลลิตรา กำวิ. รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 – 2564. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
5. Facts about falls [Internet] . Cdc.gov. 2023 [cited 2022 Dec 22] . Available from: <https://www.cdc.gov/falls/facts.html>
6. เขียวลักษณ์ คุ้มขวัญ, อภิรดี คำเงิน. แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุ: บริบทของประเทศไทย Home-Based Fall Prevention Guideline in Thai Contexts for Elderly People. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561; 28(3): 10-22.
7. ดิษฐพล ใจเชื้อ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2565; 4(2): 255-269
8. รัชฎ์ธรณ์ อโนทัยสินทวี, แสงสุลธิ ธรรมไกรสร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2557.
9. ณภัทรธร กานต์ธนาภัทร, พรณวรดา สุวัน, จุฑารัตน์ เสาวพันธุ์, กชนิกา ขาววงษ์, ญุฑิดา วุฒิสาสตร์กุล, และวิยะดา ทิพม่อม. การรับรู้เกี่ยวกับการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และจำนวนครั้งของการหกล้มของผู้สูงอายุภายหลังการใช้ แนวปฏิบัติการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยตามหลัก 10 ป. ของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2564; 29(1): 111-126.
10. ภาวดี วิมลพันธุ์, ขนิษฐา ขนิษฐา. ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2014; 23(3): 98-109.
11. ชีรภัทร อติวินิจตระการ, ชวนนท์ อิ่มอาบ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารแพทย์เขต 4-5 2562; 38(4): 288-298.
12. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สันทวีการพิมพ์; 2563.
13. Thiamwong, L. , Thamarpirat, J. , Maneesriwongul, W. , & Jitapunkul, S. Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. Medical journal of the Medical Association of Thailand, 2008; 91(12): 1823.



14. Laohaprasitiporn P, Jarusriwanna A, Unnanuntana A. Validity and reliability of the Thai Version of the Barthel Index for elderly patients with femoral neck fracture. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2017; 100(5): 539.
15. สำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. คู่มือการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: เอส. เอส.พรินติ้ง แอนด์ ดีไซน์; 2563.
16. พรประภา สุทธิจิตร. การเสริมสร้างสุขภาพของอวัยวะของผู้สูงอายุโดยการรำไทเก็ก เจริญพร บูรณาการ [ดุชนิพนธ์ปริญาเอกพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
17. พัทธนันท์ เลิศคุณธินนท์. ไทเก็ก: ศาสตร์แห่งการสร้างสมดุลของชีวิต. *Liberal Arts Review* 2022; 17(2): 175-189.
18. จริญญา ส่งเสริม. ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม* 2564; 8(1): 73-83.
19. Weidong C, Min L, Hai L, Yanzhao L, Zhoushan F. Tai Chi for fall prevention and balance improvement in older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Public Health* 2023; 11: 1236050.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูใหญ่ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี

FACTORS RELATED TO THE LEVEL OF DAILY LIVING ACTIVITY AMONG ELDERLY IN KHOYAI SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, KU KAEW DISTRICT, UDON THANI PROVINCE

Received: January 22, 2024

Revised: February 24, 2024

Accepted: May 11, 2024

ฐิรพร ไพศาล¹, สุพชชา ศรีนา¹, สุพัตรา บุตรราช¹, เสกษา อุ่นเจริญ¹, มณฑิยา กองลา^{1*}

Teeraporn Paisan¹, Supatcha Srina¹, Supattra Buttarat¹,

Suksa Ouncharoen¹, Montiya Kongla^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูใหญ่ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 195 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา สถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 62.1 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี ที่ช่วยเหลือตนเองและสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 90.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ($r = -0.235, p\text{-value} = 0.022$), รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r = 0.157, p\text{-value} = 0.018$), โรคประจำตัว ($r = -0.135, p\text{-value} = 0.034$) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ($r = -0.274, p\text{-value} = 0.045$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.574, p\text{-value} = 0.000$)

ข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยการนำเอาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานและกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวช่วยชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง คิดบ้าน คิดเตียง ลดปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, โรคเรื้อรัง

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ วิทยาลัยพิจัยบัณฑิต

Department of Community Public Health, Faculty of Science, Pichayabundit College

*Corresponding author E-mail: chommon789@gmail.com



Abstract

The cross-sectional descriptive aimed to study the level of activity of daily living and its related factors among elderly people in Khoyai Subdistrict Health Promoting Hospital, Ku Kaew District, Udon Thani Province. 195 elderly people were included in this study. Data was randomly selected using a simple random sampling method. A questionnaire was used to collect data. Descriptive statistics, Pearson's Chi-square analysis, and Pearson's correlation coefficient were used for data analysis.

The research results found that mostly female percentage 62.1 belong to the group of early elderly people (60-69 years old) who help themselves and can do all their daily activities by themselves (90.8%). Factors related to level of daily activities were age ($r = -0.235$, $p\text{-value} = 0.022$) income ($r = 0.157$, $p\text{-value} = 0.018$), chronic diseases ($r = -0.135$, $p\text{-value} = 0.034$), duration of chronic diseases ($r = -0.274$, $p\text{-value} = 0.045$) and social supports ($r = 0.574$, $p\text{-value} = 0.000$).

Suggestions for relevant agencies to use basic information to promote healthy behavior by incorporating various factors related to the ability to perform daily activities, plan operations, and determine care activities. The elderly in long-term care play a crucial role in delaying the transition to home dependency and bed rest, with can effectively reduce risk factors for disease complications.

Keywords: Elderly, Level of Daily Living Activity, Chronic Diseases



บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกต่างกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ในอีกไม่ช้า เช่นเดียวกันกับประเทศไทยที่มีประชากร 66 ล้านคนในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งคาดว่าในปี 2585 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 31.4 ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12.5 ล้านคน เป็น 18.9 ล้านคน⁽¹⁾ จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุนี้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคม และด้านสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงและการถอยเสื่อมของร่างกาย รวมไปถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลงส่งผลการดำเนินชีวิตในผู้สูงอายุได้ ในปี พ.ศ.2565 มีผู้สูงอายุ จำนวน 9,527,054 คน ได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living, ADL) จำนวน 7,687,399 คน คิดเป็นร้อยละ 84.05 โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 7,433,596 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 ติดบ้าน จำนวน 207,024 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 และติดเตียง จำนวน 46,779 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมที่ช่วยเหลือตัวเองได้และในอนาคตจะเพิ่มขึ้นอีกเป็นจำนวนมาก ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบมักเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพดังนี้ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.06 โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.43 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 1.98 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 1.59⁽²⁾ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living, ADL) เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสะท้อนถึงการผสมผสานการทำหน้าที่ทั้งทางกาย จิตใจและสังคม โดยประเมินได้จากความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ วัดได้ด้วยดัชนีบาร์เทล หรือดัชนี ADL (Barthel ADL index) เป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวัน que ผู้สูงอายุทำได้เอง โดยไม่ต้องการอุปกรณ์หรือความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งมีความสำคัญต่อการระบุความต้องการช่วยเหลือจากผู้อื่น และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 10 ข้อ ได้แก่ รับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปเก้าอี้ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การใช้ห้องน้ำ การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและการกลั้นปัสสาวะ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่นๆ รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้⁽³⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ อายุ การศึกษา เพศ ที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส^(4-5,8) รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม⁽⁶⁻⁷⁾ อำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี มีแนวโน้มสถานการณ์จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคตเช่นเดียวกัน ซึ่งจากการรวบรวมสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกจาก



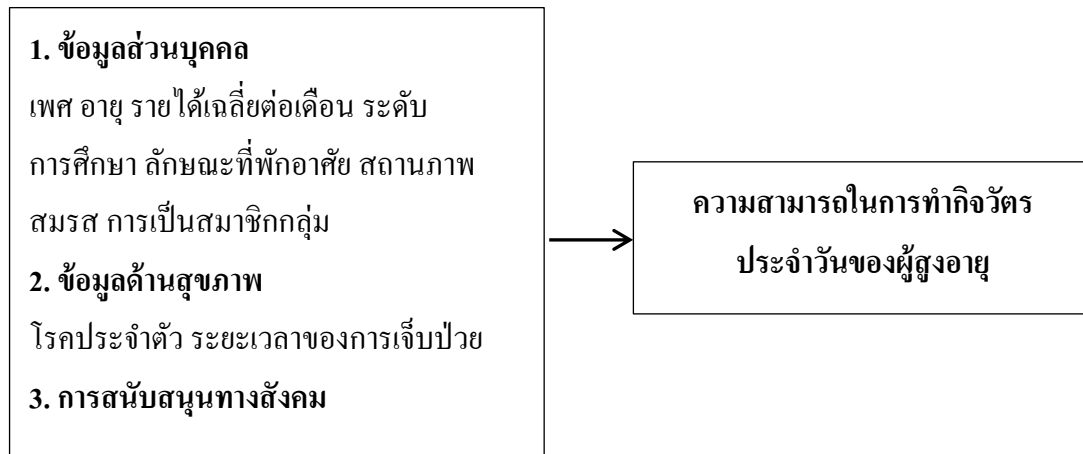
ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอคูแก้ว จังหวัดอุดรธานี 10 อันดับแรก ปี 2564 และปี 2565 พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการป่วยอันดับแรกของผู้ป่วยนอกอัตราป่วย 508 และ 478 ต่อพันประชากรตามลำดับ⁽⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัยที่กล่าวมาข้างต้น⁽²⁾ สำหรับปัญหาของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังและขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใหญ่ อำเภอคูแก้ว จังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่พบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใหญ่ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุและจัดระบบบริการที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลซึ่งจะเป็นการช่วยฟื้นฟูชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงติดบ้าน ติดเตียง ลดปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจนำไปสู่การรักษาที่ใช้เวลานานขึ้น ตลอดจนนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใหญ่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใหญ่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมโดยสรุปมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา ลักษณะที่พักอาศัย สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกกลุ่ม 2) ข้อมูลด้านสุขภาพโรคประจำตัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วย 3) ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม รายละเอียดสภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคู่มือใหญ่ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ.2566 รวมทั้งสิ้น 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง และขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคู่มือใหญ่ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี จำนวน 317 คน⁽¹⁰⁾ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan⁽¹¹⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 175 คน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ขอบเก็บเพิ่ม 1 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย และไม่ได้รับการตอบกลับของแบบสอบถาม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 195 คน ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากตามบัญชีรายชื่อของผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนไว้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคู่มือใหญ่ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา ลักษณะที่พักอาศัย สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกกลุ่ม ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและใช้แบบสอบถามของกฤษฎากมล ชื่นอ้อม (2555)⁽¹²⁾ ประกอบไปด้วย คำถาม 16 ข้อ 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านวัตถุสิ่งของ 3) ด้านการประเมินคุณค่า 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร คำตอบแบบประมาณค่า 3 ระดับ หากตอบน้อยให้ 1 คะแนน ปานกลางให้ 2 คะแนน และมาก ให้ 3 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมรายด้านและรายข้อ ใช้คะแนนเฉลี่ยดังนี้ คะแนน 1.0-1.6 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนน 1.7-2.3 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และคะแนน 2.4-3.0 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) โดย กระทรวงสาธารณสุข (2564)⁽³⁾ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ได้แก่ รับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปเก้าอี้ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การใช้ห้องน้ำ การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและการกลั้นปัสสาวะ เกณฑ์การให้คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ 5-11 คะแนน ผู้สูงอายุต้องมีคนคอยช่วยเหลือ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ประยุกต์และสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือจำนวน 3 ท่าน โดยการวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด นำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของแอลฟาของ Alpha Coefficients ของ Conbach ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเท่ากับ 0.88 และ 0.87 ตามลำดับ



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Pearson's Chi-square test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพิชญบัณฑิต โดยได้รับอนุมัติโครงการวิจัย เอกสารรับรองเลขที่ 06/2566 ผ่านการอนุมัติวันที่ 20 เมษายน พ.ศ.2566 เพื่อพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างตั้งแต่กระบวนการรวบรวมข้อมูล จนถึงการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยรวมทั้งแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องระบุเหตุผล ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.4 นอกจากนี้ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.7 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 51.8 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 76.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร/ทำไร่/ทำนา ร้อยละ 72.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 65.6 เป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน ร้อยละ 67.7 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 90.8 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.3 รองลงมา คือ โรคไขข้อในเลือดสูง ร้อยละ 16.9 โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.7 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.2 ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.6 มีโรคร่วม 1-2 โรค การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.1 รองลงมา คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 37.4 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย ร้อยละ 0.5 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 90.8 รองลงมา คือ ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ร้อยละ 6.2 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 3.0 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (n = 195)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ			
			$\bar{X}$	S.D.	Max	Min
1. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (0-4 คะแนน)	6	3.0	0	0	0	0
2. ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ (5-11 คะแนน)	12	6.2	10.08	0.79	11	9
3. ช่วยเหลือตนเองได้ (12-20 คะแนน)	177	90.8	18.61	2.13	15	12
รวม	195	100.0	17.51	4.26	20	0

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใหญ่ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางลบน้อย และน้อยมาก กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.235$, $r = -0.274$ และ $r = -0.135$ ตามลำดับ, $p\text{-value} < 0.05$) ในขณะที่รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกน้อยมาก และปานกลางกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.157$, $r = 0.574$ และ $p\text{-value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยระดับการศึกษา เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะที่พักอาศัย การเป็นสมาชิกกลุ่มไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (n = 195)

ชื่อตัวแปร	r	χ^2
เพศ	-	7.645a
อายุ	-0.235	-
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.157	-
ระดับการศึกษา	-	1.871a
สถานภาพสมรส	-	5.907a
การเป็นสมาชิกกลุ่ม	-	3.361a
ลักษณะที่พักอาศัย	-	10.919a
โรคประจำตัว	-	-0.135



ชื่อตัวแปร	r	χ^2
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	-0.274	-
การสนับสนุนทางสังคม	0.574**	-

*p-value < 0.05, **p-value < 0.01 และ a คือ Chi-square test, b คือ Pearson correlation coefficient

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.1 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 68.7 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 51.8 จบการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 76.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร/ทำไร่/ทำนา ร้อยละ 72.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 65.6 เป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน ร้อยละ 67.7 ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.8 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.3 มีระยะเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.2 ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.6 มีโรคร่วม 1-2 โรค ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.1 ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 90.8 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ($r = -0.235$, $p\text{-value} = 0.022$), รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r = 0.157$, $p\text{-value} = 0.018$), โรคประจำตัว ($r = -0.135$, $p\text{-value} = 0.034$), ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ($r = -0.274$, $p\text{-value} = 0.045$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.574$, $p\text{-value} = 0.000$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใหญ่ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม และสามารถพึ่งพาและช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี ที่ยังคงมีสุขภาพแข็งแรงยังสามารถเข้าสังคม และทำกิจกรรมต่างๆ ในบ้านและชุมชนได้ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของกัญชรีย์ พัฒนา และคณะ (2564)⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแฟลตเคหะชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 92.4 สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของชนาทิพย์ พลพิจิตร และคณะ (2563)⁽¹³⁾ ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร



พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 93.13 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใหญ่ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบเล็กน้อยกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้นความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุก็น่าจะลดลง อาจจะเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของสภาวะของร่างกาย ส่งผลให้การทำงานอวัยวะต่างๆ ลดลงเป็นผลให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่างๆ ได้น้อยลงสอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพล ทรัพย์อุไรรัตน์ และคณะ (2557)⁽⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในตำบลห้วยขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับชนาทิพย์ พลพิจิตร และคณะ (2563)⁽¹³⁾ ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ และอายุส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ling Ying Wang, et al (2023)⁽⁸⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในประเทศจีน พบว่า อายุ ที่อยู่อาศัย โรคเรื้อรัง การออกกำลังกาย และการตรวจร่างกายมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกน้อยมากกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า หากผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มสูงขึ้นจะทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นสามารถดูแลสุขภาพได้ดี แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะทำให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพและแหล่งประโยชน์อื่นๆ ได้ยาก ตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางร่างกายและการดูแลสุขภาพได้น้อยซึ่งจะแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงสอดคล้องกับชนาทิพย์ พลพิจิตร และคณะ (2563)⁽¹³⁾ ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ และอายุส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของกัญชรีย์ พัฒนา และคณะ (2564)⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตเคหะชุมชน พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ($r = 0.180$, $p\text{-value} < 0.05$) โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางลบเล็กน้อยกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า เมื่อมีอายุมากขึ้นส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ



ลดลง และสภาพร่างกายและจิตใจที่เสื่อมถอยทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจจะมีอาการปวดศีรษะ มึนงง หน้ามืด เหนื่อยง่ายส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพล ทรัพย์อุไรรัตน์ และคณะ (2557)⁽⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในตำบลห้วยขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและสอดคล้องกับการศึกษาของ Ling Ying Wang, et al (2023)⁽⁸⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุในประเทศจีน พบว่า อายุ ที่อยู่อาศัย โรคเรื้อรัง การออกกำลังกาย และการตรวจร่างกายมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$

ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบน้อยกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า หากผู้สูงอายุมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนานขึ้นจะมีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไป หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นเวลานาน หรือป่วยเรื้อรังสุขภาพโดยรวมจะถดถอยแย่ลง และอาจทำให้อวัยวะบางส่วนในร่างกายมีปัญหาสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายลดลงหรือใช้งานได้ไม่เต็มที่ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันด้านต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพล ทรัพย์อุไรรัตน์ และคณะ (2557)⁽⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในตำบลห้วยขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของกัญชรีย์ พัฒนา และคณะ(2564)⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแฟลตเคหะชุมชน พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกปานกลางกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เช่น การได้รับสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานจากภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน ข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย และส่วนใหญ่กลุ่มศึกษาเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน ร้อยละ 67.7 มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้พบปะพูดคุยกับผู้อื่นมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและสังคมอยู่เสมอจึงทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตัวเองและสังคม ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุนั้นสามารถ



บรรลุลความต้องการในการดูแลตนเองและทำให้ผู้สูงอายุที่มีความภาคภูมิใจในตนเองจึงทำให้มีการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพล ทรัพย์ไรรัตน์ และคณะ (2557)⁽⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในตำบลห้วยขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤติเดช มิ่งไม้ (2561)⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.502$, $p\text{-value} = < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ ลิทธิวิรัชธรรม และคณะ (2558)⁽⁵⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ตัวแปรการเป็นสมาชิกกลุ่ม และการได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มต่างๆ มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ($p\text{-value} < 0.01$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรเสนอผลการวิจัยนี้ผ่านไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ ที่สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวครอบคลุมตามกลุ่มศักยภาพของผู้สูงอายุ และควรมีการจัดระบบบริการที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคล
3. ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม การตรวจสุขภาพประจำปี ที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและนำมาวางแผนในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=40208>



2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. รายงานประจำปีสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://eh.anamai.moph.go.th/th/anniversary-report/213488>
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: ฌจันตา ศรีเอชัน จำกัด; 2564.
4. อลงกรณ์ เปกาตี, ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทย:ข้อมูลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560. วารสารสุขภาพศึกษา 2564; 44(1): 49-59.
5. กนกวรรณ สิทธิวิรัชธรรม, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2558; 38(4): 1-11.
6. เถลิ้มพล ทรัพย์อุไรรัตน์, อภิชาติ ใจอารีย์, สันติ ศรีสวนแดง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในตำบลห้วยขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการVeridian E-Journal ฉบับมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ 2557; 7(2): 187-202.
7. กัญหิรี พัฒนา, อนงค์นุช สารจันทร์, เอกลักษณ์ พิทักษุข, นันทวัน สุวรรณรูป, ประภายุทธไทร, อรพรรณ โตสิงห์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตเคหะชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(3): 488-496.
8. Wang LY, Feng M, Hu XY, Tang ML. Association of daily health behavior and activity of daily living in older adults in China. Scientific Reports 2023; 13: 19484.
9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี. แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุขคปสอ.กู่แก้ว ประจำปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: [https://sasookkukaeo.com/uploads/media/2022121608245312_%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%9B%E0%B8%AA%E0%B8%AD.66_\(1\).pdf](https://sasookkukaeo.com/uploads/media/2022121608245312_%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%9B%E0%B8%AA%E0%B8%AD.66_(1).pdf)
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อใหญ่.ฐานข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. รายงานประจำปี; 2565.
11. Krejcie, R.V., Morgan, D.W. Determining sample size for research activities. Journal Education and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607-610.
12. กฤษณาภรณ์ ชื่นอิม. คุณภาพชีวิตในมิติดสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนสมุทรสาคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.



13. ชนาทิพย์ พลพิจิตร, ชมนนภัส มณีรัตน์, เกศแก้ว วิมนมาลา, เพ็ญศรี สันตโยภาส. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารเกื้อการุณย์ 2563; 27(2): 103-115.
14. กฤติเดช มิ่งไม้. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สทวท.) 2561; 5(1): 13-24.



แนวทางการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการผู้สูงอายุ
โดยวิถีธรรมชาติชุมชนท้องถิ่น ตำบลห้วยทราย อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี
THE HEALTH CARE GUIDELINES OF NUTRITION FOR ELDERLY
BY QUALITY OF LIFE LOCAL CULTURE AT HUAI SAI SUBDISTRICT, NONG KHAE
DISTRICT, SARABURI PROVINCE

Received: January 24, 2024

Revised: April 01, 2024

Accepted: April 09, 2024

กริช เรืองไชย^{1*}, นัชชา ยันติ¹, อภิญญา อุตระชัย²

Krich Ruangchai^{1*}, Nadchar Yanti¹, Apinya Uttrachai²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการผู้สูงอายุ โดยวิถีธรรมชาติชุมชนท้องถิ่นเพื่อคุณภาพชีวิต ตำบลห้วยทราย อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน คัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงแบบตรงตามประเด็นของการวิจัย ให้ข้อมูลแบบตรงตามประเด็นการวิจัย เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวทาง ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 1) ปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการผู้สูงอายุมีสาเหตุจากพฤติกรรมและความเชื่อที่ถ่ายทอดภายในครอบครัว การรักษาความสมดุลของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการทำให้มีสุขภาพดีได้ 2) ข้อมูลและประโยชน์ของอาหารประจำถิ่นช่วยให้มีสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลอาหารที่มีประโยชน์ในพื้นที่ เช่น ผักปลูกเอง สัตว์ที่เลี้ยงเป็นอาหาร เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพแท้จริง 3) ความรู้สึกเมื่อเกิดผลกระทบด้านโภชนาการต่อร่างกาย การเจ็บป่วยทางกายเป็นผลต่อเนื่องสู่ปัญหาสุขภาพจิต การเข้าใจธรรมชาติของโรคจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อโรคที่เป็นอยู่ลดลงได้ 4) การแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการ เป็นกลไกของการสร้างพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันโดยเน้นการช่วยเหลือโดยผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพถ่ายทอดหลักและวิธีการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับการรักษาไว้ซึ่งวัฒนธรรมของชุมชนเป็นหลัก

คำสำคัญ: แนวทางการดูแลสุขภาพ, โภชนาการ, ผู้สูงอายุ, วิถีธรรมชาติชุมชนและคุณภาพชีวิต

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

Assistant Professor, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

² คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ

Lecturer, Faculty of Science and Technology, Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi

*Corresponding author E-mail: Krich@vru.ac.th



Abstract

This phenomenological qualitative research study aimed to explore natural community-based nutritional care approaches for elderly people's quality of life in Huai Sai Subdistrict, Nong Khai District, Saraburi Province, Thailand. The study participants included 20 elderly people and their caregivers, who were purposively selected based on their relevance to the research topic. Data were collected through in-depth interviews guided by a research protocol. Data triangulation and content analysis were employed to analyze the data.

Results findings regarding nutritional care guidelines for elderly individuals. 1) Maintaining a balance between the body and its environment is crucial for achieving overall well-being. 2) Access to information about nutritious local foods, particularly those readily available such as homegrown vegetables and livestock, plays a significant role in promoting good health among the elderly population. 3) Understanding the physical and mental health consequences of nutritional deficiencies is essential. Physical ailments can lead to mental health issues, and comprehending the nature of these ailments can empower individuals to adopt healthier behaviors and manage their conditions effectively. 4) Addressing nutritional health issues in the elderly requires a collaborative approach that emphasizes support from knowledgeable elderly individuals. By sharing health knowledge and self-care practices, while preserving community cultural values, sustainable positive behavior change can be achieved.

Keywords: Health care guidelines, Nutrition, Elderly, Quality of life local culture



บทนำ

สัดส่วนประชากรในประเทศไทยมีโครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะของการพัฒนาทางด้านสังคม เทคโนโลยี การประกอบอาชีพ และระบบสุขภาพ เป็นต้น ทำให้อัตราการเกิดของประชากรปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 0.7 ล้านคน ปี 2564 และ ปี 2565 มีจำนวนปีละ 0.5 ล้านคน⁽¹⁾ แต่ผู้สูงอายุมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น ในทุกพื้นที่ส่งผลให้ความสมดุลเกิดการเปลี่ยนแปลงไปอย่างถาวร ทั้งในรูปแบบของวิถีชีวิตของแต่ละพื้นที่ และการมีคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ความเครียด และการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น⁽²⁾ ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลร่างกายในทุกมิติของสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลด้านโภชนาการ เนื่องจากการได้รับสารอาหารที่ไม่สอดคล้องกับระบบการทำงานของร่างกายเป็นผลโดยตรงทำให้ระบบการทำงานของร่างกายไม่สามารถทำงานได้ปกติ และอาจเป็นเหตุผลของการปฏิบัติกิจวัตรอื่นๆ ช่วยลดปัญหาสุขภาพได้ การได้รับสารอาหารบางชนิดได้รับมากเกินไปหรืออาจไม่ได้รับเลยร่างกายที่เกิดการเปลี่ยนแปลงง่ายจะส่งผลให้เกิดภาวะของการเจ็บป่วย และมีภาวะพร่องทางโภชนาการตามมาทำให้น้ำหนักไม่ถึงเกณฑ์ มีผิวพรรณที่แห้งเหี่ยว ระบบข้อและกระดูกที่ทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพในกรณีที่มีการเจ็บป่วยแล้วการจะรับสารอาหารที่มีคุณภาพจะต้องหาซื้อตามท้องตลาดที่มีราคาสูงหรืออาจต้องนำเข้า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ได้รับสารอาหารประเภทนั้นได้อย่างเพียงพอ⁽³⁾

การได้รับสารอาหารในผู้สูงอายุที่ไม่เพียงพอหรืออาจมีมากเกินไปในสารอาหารบางชนิดเกิดจากรูปแบบวิถีชีวิตชุมชนชนท้องถิ่นเกิดขึ้นจากการรับรู้ ทักษะคิด ความเชื่อและพฤติกรรมที่มีการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นในชุมชนเกิดเป็นวัฒนธรรมการใช้ชีวิตในบริบทที่เกี่ยวกับธรรมชาติ เช่น การใช้สมุนไพรในอาหาร การบริโภคอาหารกลุ่มที่ลดการอักเสบของร่างกาย การบริโภคอาหารที่ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันของโรคไข้หวัด และอาหารตามท้องถิ่นอื่นๆ ที่มีสารอาหารที่มีคุณภาพ เป็นต้น⁽⁴⁾ การบริโภคอาหารในสมัยก่อนเมื่อมีการปรุงประกอบอาหาร ตัวอย่างการประกอบอาหารเมนูเนื้อสัตว์จะนิยมใส่ผักกลุ่มสมุนไพร เพื่อลดกลิ่นของเนื้อสัตว์ และยังได้ประโยชน์จากสมุนไพรชนิดนั้น⁽⁵⁾ แต่เมื่อสังคมไทย มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และเกิดโรคจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการของสังคมทำให้อัตราการเกิดของชุมชนตามธรรมชาติเลือนลางหายไปทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดการเปลี่ยนแปลงมีอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น และเข้าสู่ระบบการรักษาในระบบสุขภาพมากขึ้น ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบธรรมชาติในชุมชนและความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมด้านสุขภาพสมัยก่อนลดลงตามกาลเวลา⁽³⁾ วิถีชีวิตชุมชนเป็นแนวทางการศึกษาที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสภาพแวดล้อมที่เกิดการผสมผสานให้มีความเฉพาะของการเกิดการจัดระบบความสัมพันธ์กันขึ้นเป็นวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งการปฏิบัติหรือ



พฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านที่ดี และไม่ดีที่ส่งต่อกันจากบรรพบุรุษและเกิดการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาสู่ปัจจุบัน^(18,19)

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจต่อการศึกษาศาสนาการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการผู้สูงอายุด้วยวิถีธรรมชาติชุมชนท้องถิ่นเพื่อคุณภาพชีวิต โดยนำประเด็นของการศึกษามาสังเคราะห์สู่การเข้าถึงข้อมูลเชิงภาพที่เกิดขึ้นจากปัญหาด้านโภชนาการสู่การเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการทั้งทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปรากฏการณ์การสร้างแนวทางการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการโดยวิถีธรรมชาติชุมชนท้องถิ่นเพื่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาการวิจัยแบบเชิงคุณภาพ (Quality research) แบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Method)^(6,7)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยผู้วิจัยทำการเลือกพื้นที่สำหรับการวิจัย ตำบลห้วยทราย อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ของการถูกเปลี่ยนผ่านเชิงวัฒนธรรมสุขภาพจากบริบทของชุมชนแบบท้องถิ่นสู่การเป็นชุมชนเมือง และยังคงมีวัฒนธรรมของการใช้ชีวิตและบริบทสุขภาพแบบดั้งเดิมคงไว้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลบางส่วนยังคงเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเพื่อการคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมสุขภาพชุมชน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยคัดเลือกแบบวิธีเฉพาะเจาะจงจากผู้สูงอายุที่มีภาวะร่างกายปกติจำนวน 6 คน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่มีอาการรุนแรง จำนวน 6 คน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะติดเตียงจำนวน 4 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยเป็นบุคลากรด้านสุขภาพจำนวน 4 คน รวมทั้งหมดจำนวน 20 คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีลักษณะของการศึกษาแบบตรงตามประเด็นของการวิจัย (Intensity sampling)⁽⁷⁾

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลแบบปลายเปิด เทปบันทึกเสียง ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ประกอบไปด้วย ผู้จัดบันทึก ผู้สังเกตการณ์ และผู้สัมภาษณ์ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จข้อมูลที่ได้ทำการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)⁽⁸⁾ ในรูปแบบสามเส้าข้อมูล (Data triangulation)^(8,9) วิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation)⁽⁹⁾ โดยสัมภาษณ์เชิงลึก และตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร (Methodology triangulation)^(7,9) เป็นกระบวนการตรวจสอบเชิงคุณภาพของข้อมูล โดยผ่านการสรุป ตรวจสอบเชิงวรรณกรรม และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นข้อสรุปเกิดขึ้นจาก



ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และยืนยันผลการสรุปด้วยการตรวจสอบการถอดเทป การฟังเทป และการเปรียบเทียบการพูดของผู้ให้ข้อมูลในหลายๆ ช่วงเวลาจนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว⁽⁷⁻⁹⁾

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บข้อมูลการวิจัยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวทาง (In-depth Interview guideline)⁽⁹⁾ โดยตั้งประเด็นการสอบถามข้อมูลพื้นฐาน การสร้างความคุ้นเคย และศึกษาบริบทของวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาสร้างประเด็นในการสัมภาษณ์ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการในปัจจุบัน 2) ข้อมูลและประโยชน์ของอาหารประจำวัน 3) ความรู้สึกเมื่อเกิดผลกระทบด้านโภชนาการต่อร่างกาย และ 4) การแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการ ในระหว่างการศึกษาผู้วิจัยดำเนินการสังเกต แบบไม่แสดงออกผสมผสานกับการสัมภาษณ์พูดคุยปกติเกี่ยวกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับอาหารในชุมชนของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลทุกขั้นตอนอย่างตั้งใจ ในแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 20-35 นาที และเก็บจนกว่าข้อมูลจะมีความอิ่มตัว (Saturation)⁽⁸⁾ ระยะเวลาของการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2565 ถึง 31 ตุลาคม 2565 การปฏิบัติตัวในการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพสิทธิการตัดสินใจ การรักษาความลับ และความเป็นส่วนตัว โดยขออนุญาตนายกเทศมนตรีตำบลห้วยทราย อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี ให้ข้อมูลคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการดำเนินการ การขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทุกคนทราบเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูล การไม่เปิดเผยชื่อบุคคล และหน่วยงาน การปฏิเสธการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล การยุติการร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน จิตใจ และเวลาของผู้ให้ข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ประเด็นที่ใช้แบบตรงประเด็น (Thematic analysis)⁽⁹⁾ โดยมีขั้นตอนของการแปลความหมาย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแปลความหมายจากข้อมูลการจดบันทึกที่ระหว่างเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลรวมกับการถอดเทป 2) การกำหนดข้อความสำคัญหรือคำดัชนี (Keyword/Index) หรือรหัสเฉพาะ (Coding words) 3) การจำแนกกลุ่มข้อมูลสำคัญ (Category) เพื่ออธิบายที่มาที่ไปและความเชื่อมโยงของข้อมูล 4) การแปลความหมายข้อมูลความสอดคล้องของข้อมูลที่มีความหมายเดียวกับกับข้อมูลต่างกัน โดยเขียนให้เกิดภาพของปรากฏการณ์ และ 5) ข้อสรุปของประเด็น (Theme) เกิดจากข้อความสำคัญ การจำแนกกลุ่ม โดยนำประเด็นที่ได้ไปตรวจสอบความหมาย และยืนยันกับผู้ให้ข้อมูล ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์การวิจัย และแปลความหมายข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถจำแนกข้อมูลออกได้เป็น 3 ประเด็น โดยผลของการศึกษา พบว่า



ประเด็นที่ 1 ปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการในปัจจุบัน

ภาวะสุขภาพด้านโภชนาการในปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการบริโภคอาหารในกลุ่มเนื้อสัตว์ใหญ่ที่ลดน้อยลง การบริโภคผักที่ปลูกเองโดยเฉพาะผักพื้นบ้าน การบริโภคปลาที่รู้จักแหล่งที่มา การบริโภคไก่ที่เลี้ยงเอง และการนำสมุนไพรมาใช้เพื่อปรุงประกอบรสชาติในอาหาร โดยข้อค้นพบจากการศึกษา

“ปัญหาสุขภาพ คือ ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 โรค โดยคิดว่าโรคที่เกิดขึ้นเป็นลำดับแรกเกิดจากตนเองมีกรรมพันธุ์ของโรคที่เห็นจากรุ่นพ่อแม่มีการป่วยด้วยโรคนี้ และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่เมื่อเข้าสู่การรักษาในระบบสุขภาพส่งผลให้เกิดการเกิดโรคต่อเนื่องตามมาจากผลพวงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดขึ้นก่อน และครอบครัวที่ป่วยส่วนใหญ่จะมีการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรคนั้นด้วย เพราะพฤติกรรมต่างๆ ของคนในบ้านนั้นมีความคล้ายกันทั้งหมด การกินอาหาร การไม่ออกกำลังกาย การป่วยที่เน้นการพึ่งพาโรงพยาบาล” ผู้สูงอายุ 64 ปี (รหัส A01)

“การป่วยส่วนใหญ่ในชุมชนมีทั้งปัจจัยภายในครอบครัว และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การไม่มีสิทธิในการเลือกบริโภคอาหารในครอบครัวจากการเข้าถึงแหล่งอาหารตามท้องตลาด และวัตถุดิบการปรุงประกอบอาหารตามธรรมชาติลดน้อยลง ทำให้การป่วยในแต่ละครอบครัวมีทั้งอัตราการป่วยจำนวนคงที่ และเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของความเป็นเมืองของชุมชน” ผู้ดูแลสูงอายุ 50 ปี (รหัส A02)

“ผู้สูงอายุที่ยังไม่มีการป่วยด้วยโรคต่างๆ จะให้ความสำคัญกับวัตถุดิบการปรุงประกอบอาหาร เพราะมีมุมมองว่า อาหารที่มาจากธรรมชาติ หรือร้านที่น้ำเชื่อถือ และเป็นวัตถุดิบอาหารที่ผลิตขึ้นในชุมชนจะทำให้ร่างกายแข็งแรง ถ้าบริโภคในปริมาณที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวัย เช่น การกินปลา การกินผัก และสมุนไพรประจำถิ่น เป็นต้น รวมไปถึงการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด จะช่วยให้ร่างกายมีความแข็งแรงไม่ป่วยง่าย” ผู้สูงอายุ 68 ปี (รหัส A03)

“การรักษาซึ่งสมดุลของร่างกายเป็นเหตุผลหลักของการไม่ทำให้ตนเกิดโรค ซึ่งกลุ่มที่ไม่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้ความเห็นว่า โรคเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ และไม่มี การปรับปรุงชีวิตให้เกิดความสมดุลทั้งทางกาย ใจ และสภาพแวดล้อม ทำให้พฤติกรรมสร้างโรคเรื้อรังถูกถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นในครอบครัวเดิมหรือกลุ่มที่มีแนวคิดเดียวกันอย่างต่อเนื่องที่แก้ได้ยาก” กลุ่มผู้สูงอายุที่ร่างกายแข็งแรงและผู้สูงอายุพยาบาล 62 ปี (รหัส A04), (รหัส A05) (รหัส A07) (รหัส A09) (รหัส A15)

สรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการผู้สูงอายุ กลุ่มที่ป่วยล้วนเกิดจากวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นจากภายในครอบครัวและมีการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น เช่น ครอบครัวที่เน้นการบริโภคอาหารที่เป็นวัตถุดิบที่เกิดขึ้นในชุมชน และปรุงประกอบเองจะมีความเคร่งในการเลือกบริโภคอาหารมากกว่ากลุ่มที่ไม่สนใจในการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพมาบริโภค กลุ่มที่ไม่สนใจในการเลือกวัตถุดิบจะมีทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงง่ายเปิดใจกว้างต่อความหลากหลายของอาหารที่บริโภค โดยให้ความสำคัญ



เพียงความสะดวก และความน่ารับประทาน แต่เมื่อมีอาหารเพื่อสุขภาพเข้ามาในวิถีชีวิตก็สามารถบริโภคได้ แต่ยังคงไว้ซึ่งอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพร่วมด้วย

ประเด็นที่ 2 ข้อมูลและประโยชน์ของอาหารประจำถิ่น

มุมมองของอาหารประจำถิ่นเพื่อสุขภาพหรืออาหารท้องถิ่นในปัจจุบันมีการนำเสนอชุดข้อมูลอาหารที่หลากหลายที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ โดยการจัดหมวดหมู่จะอยู่ในกลุ่มผักและผลไม้ เมนูอาหารพื้นถิ่นและเป็นประโยชน์มีข้อค้นพบจากการศึกษา

“แกงหน่อไม้สด เป็นเมนูอาหารประจำพื้นที่การได้กินแกงหน่อไม้สดที่เป็นวัตถุดิบหาได้ในพื้นที่จะทำให้เกิดการนึกถึงความรู้สึกของการได้อยู่ในชุมชนหมู่บ้าน โดยแท้จริง รับรู้ถึงความรู้สึกความใกล้ชิดในฝีมือของพ่อและแม่หรือญาติผู้ใหญ่ที่ล่วงลับไปแล้ว การปรุงประกอบรสชาติของอาหารในปัจจุบันเป็นรสนิยมร่วมสมัย แต่ยังคงไว้ซึ่งหน่อไม้สด ผัก พริกทอง ที่ใช้เป็นส่วนปรุงประกอบเอาไว้ ประโยชน์ที่ได้หากบริโภคในปริมาณที่เหมาะสมก็ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคที่เกิดขึ้นจากอาหาร แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารก็ขึ้นอยู่กับทัศนคติและการเลี้ยงดูของคนในแต่ละครอบครัว” ผู้สูงอายุ 69 ปี (รหัส A018)

“เมนูผักเพื่อสุขภาพเป็นวิถีนิยมของสังคมสมัยก่อนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเมื่อมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น แต่มักควบคู่ไปกับน้ำพริกหรือปลาร้าเป็นส่วนประกอบในอาหารเกือบทุกชนิดเนื่องจากชุมชนสมัยก่อนเป็นกลุ่มคนลาวที่อพยพมาตั้งถิ่นฐาน การบริโภคอาหารและการถนอมอาหารจะมีความคล้ายกับภาคอีสาน เช่น ส้มผัก น้ำพริกปลาร้าผักลาว ลาบห้วยปลี เป็นต้น” ผู้สูงอายุ 73 ปี (รหัส A08)

“อาหารเพื่อสุขภาพที่ทำให้เกิดประโยชน์เน้นที่การเลือกอาหารของแต่ละบุคคล โดยให้ความสำคัญกับรสชาติ เป็นอาหารชนิดอะไร เช่น เนื้อ ไขมัน แป้ง เป็นต้น หลักเกณฑ์การเลือกอาหารขึ้นอยู่กับทัศนคติที่มีต่ออาหาร ปริมาณการกิน ในบางบุคคลอาจศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเปรียบเทียบกับอาหารสำเร็จรูปและซื้อมารับประทาน เช่น วิตามินเสริม เครื่องดื่มสมุนไพร เครื่องเทศปรุงอาหาร” ผู้สูงอายุ 61 ปี (รหัส A04)

สรุปได้ว่า อาหารประจำถิ่นที่เป็นประโยชน์ตามมุมมองของผู้สูงอายุข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลของการถ่ายทอดประสบการณ์จากรุ่นสู่รุ่นเป็นอาหารที่ดีต่อสภาพจิตใจ แต่ทางด้านสุขภาพต้องศึกษาข้อมูลสารอาหารเชิงลึก เช่น ปริมาณของโซเดียม สารพิวรีนจากหน่อไม้ สารฟอสเฟตจากห้วยปลี ระบบการย่อยอาหาร ในบางชนิดรูปแบบการบริโภคอาจทำให้เกิดความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารทำให้ท้องผูก บวม น้ำจากความเค็ม ปวดข้อจากสารพิวรีน เป็นต้น ทัศนคติ และมุมมองต่ออาหารเพื่อสุขภาพที่แท้จริงในผู้สูงอายุต่ออาหารนอกพื้นที่ยังคงเป็นสิ่งที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก เนื่องด้วยปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่อาจมีความรุนแรงขึ้นเนื่องจากสภาพจิตใจหลังการบริโภคอาจแปรผันตามได้



ประเด็นที่ 3 ความรู้สึกเมื่อเกิดผลกระทบด้านโภชนาการต่อร่างกาย

ความรู้สึกเมื่อร่างกายเกิดความผิดปกติ ซึ่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นผู้สูงอายุจะไม่ทราบถึงสาเหตุ ต้องพึ่งพาประสบการณ์ที่เกิดจากการสังเกตร่างกาย และเกิดมุมมองต่อการตีความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้นจากการบอกเล่าส่งต่อกันมา จากข้อค้นพบสามารถอธิบายได้ดังนี้

“เมื่อเกิดอาการวิงเวียนศีรษะ แขน ขา ไร้เรี่ยวแรง รู้สึกหวิวๆ จะอธิบายได้ว่าโรคที่เป็นอยู่ คือ โรคที่เกิดขึ้นตามบรรพบุรุษ ถึงเวลาที่ร่างกายเริ่มก้าวเข้าสู่การเจ็บป่วย ในลำดับแรกของการเจ็บป่วยจะเน้นการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องด้วยอาการที่ยังไม่รุนแรงใน 1-2 วันแรก เช่น การดื่มสมุนไพร การนวด การหาหมอธรรม (หมอชาวบ้าน) เป็นต้น ซึ่งสิ่งที่ได้ คือ สภาพจิตใจดีขึ้นชัดเจน ความรู้สึกต่อการหายจากการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น และหากได้รับสมุนไพรที่ตรงกับโรคอาการจะเริ่มดีขึ้นตามลำดับ ในกรณีที่ร่างกายไม่ดีขึ้น และมีความรุนแรงมากขึ้นจะเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันที่ผู้สูงอายุเข้าใจว่า การรักษาในครั้งแรก คือ การเข้าสู่กระบวนการทดลองเนื่องด้วยร่างกายมีอาการรุนแรงมากแล้วคงรักษาไม่หาย” ผู้สูงอายุ 76 ปี (รหัส A12)

“เมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วยผลกระทบที่เกิดขึ้นในลำดับแรกเลย คือ สภาพจิตใจ โดยบางคนอาจยังเข้มแข็ง ไม่แสดงอาการออกมาเนื่องด้วยกังวลต่อความห่วงใยของบุคคลใกล้ชิด แต่เมื่อร่างกายเริ่มไม่ดีขึ้นผลที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าตามมาเพราะผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายหากรักษาแล้วไม่ดีขึ้นจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวได้” ผู้สูงอายุ 70 ปี (รหัส A17)

สรุปได้ว่า ความรู้สึกของผู้สูงอายุหากเกิดการเจ็บป่วยจะรู้สึกถึงความไร้ค่าในตนเองเนื่องด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย และจิตใจเริ่มมีภาวะป่วยเกิดขึ้นนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าได้ค่อนข้างสูงจากปัญหาสุขภาพส่วนตัว

ประเด็นที่ 4 การแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการ

ในมุมมองของการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการในผู้สูงอายุมี 2 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

รูปแบบที่ 1 “การแก้ไขปัญหาในรูปแบบของการพึ่งพาตนเองด้วยการซื้อยาใช้เอง ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเร้นลับ การสืบทอดอายุขัย การขอขนาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ในบางคนเมื่อจิตใจดีขึ้นร่างกายอาจดีขึ้นตามระยะเวลาของโรค เช่น ไข้หวัด ภาวะอาหารอึดเสบ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น แต่ในกรณีโรครุนแรงจะขอให้ตนเองมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยทำพิธีกรรมทางพราหมณ์เข้ามายึดเหนี่ยวจิตใจเอาไว้” ผู้สูงอายุ 78 ปี (รหัส A10)

รูปแบบที่ 2 “การรักษาในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุระยะเริ่มต้นนิยมให้ความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพพร้อมทั้งได้ข้อมูลการดูแลสุขภาพรอบด้านเข้ามาด้วยซึ่งในทางด้านโภชนาการในปัจจุบันยังคงเป็นที่การให้ความรู้ การปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารที่



เหมาะสมตามสัดส่วนร่างกาย และโรคที่เป็นอยู่ ยังไม่มีกิจกรรมชุมชนที่มีความต่อเนื่อง และเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย” ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 48 ปี (รหัส A13)

สรุปได้ว่า การรักษาเมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วยมีข้อดีข้อเสียทุกรูปแบบ เนื่องด้วยอาหารที่ป่วยไม่สามารถทราบได้เลยว่าจะหายได้หรือกลับมาสู่ภาวะปกติหรือไม่เนื่องด้วยอายุที่และการฟื้นฟูร่างกายอาจจะไม่ดีเท่าที่ควร การรักษาหรือการดูแลโรคทางโภชนาการควรได้รับการรักษาที่ไม่หลากหลายแต่เหมาะสม เช่น จิตใจ ร่างกาย และสังคม เป็นต้น

สรุปผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ข้อค้นพบ 4 ประเด็นที่มีข้อมูลสำคัญ ดังต่อไปนี้ 1) ปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมและความเชื่อที่ถ่ายทอดภายในครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนยังมีความเชื่อเกี่ยวกับเหตุและผลต่อการทำให้เกิดโรคโดยยึดหลักความสมดุลของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกันเป็นวิธีการทำให้มีสุขภาพที่ดี 2) ข้อมูลและประโยชน์ของอาหารประจำถิ่น ที่ยังเป็นการบริโภคตามค่านิยมเชิงรสชาติ แต่แนวทางในการปรุงประกอบและการเข้าถึงวัตถุดิบเพื่อสุขภาพยังไม่สอดคล้องกับอาหารเพื่อสุขภาพได้อย่างแท้จริง โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลอาหารที่มีประโยชน์ในพื้นที่ เช่น ผักปลูกเอง สัตว์ที่เลี้ยงเป็นอาหาร เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพแท้จริง 3) ความรู้สึกเมื่อเกิดผลกระทบด้านโภชนาการต่อร่างกาย เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ซึ่งแนวทางควรเชื่อมโยงปัญหาสุขภาพเพื่อให้เข้าใจธรรมชาติของโรคและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติต่อความรุนแรงของโรคที่ลดลงตามไปด้วย หรือกล่าวคือ การเจ็บป่วยทางกายเป็นผลต่อเนื่องสู่ปัญหาสุขภาพจิต การเข้าใจธรรมชาติของโรคจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อโรคที่เป็นอยู่ลดลงได้ 4) การแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการ เป็นกลไกของการสร้างพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันโดยเน้นการช่วยเหลือโดยผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพถ่ายทอดหลัก และวิธีการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับการรักษาไว้ซึ่งวัฒนธรรมของชุมชนเป็นหลัก

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในมุมมองของประสบการณ์ด้านสุขภาพและโภชนาการในผู้สูงอายุที่ถูกถ่ายทอดแนวทางการดูแลสุขภาพจากการถ่ายทอดเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่นแบบดั้งเดิมจากรุ่นสู่รุ่นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในตำบลห้วยทราย อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาที่จำแนกออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ และอภิปรายผล ดังนี้



ประเด็นที่ 1 ปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนยังมีความเชื่อเกี่ยวกับเหตุและผลต่อการทำให้เกิดโรคโดยยึดหลักความสมดุลของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกันเป็นวิธีการทำให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ข้อเท็จจริงจากการศึกษาวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีถูกถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นในบริบทของการบริโภคอาหารไม่เป็นไปตามหลักทางโภชนาการและมีการปรับตัวได้ยากต่อการบริโภคอาหารให้เหมาะสมตามหลักวิชาการด้านโภชนาการในปัจจุบันสอดคล้องกับแนวคิดการปรับสมดุลร่างกายเป็นกลไกของการนำไปสู่พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิดโรคต่างๆ ได้โดยเฉพาะการรักษาสมดุลเชิงพฤติกรรมซึ่งแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองในลักษณะนี้มีการศึกษาก่อนข้างน้อยเกี่ยวกับลักษณะของการเกิดการสร้างความสมดุลทางความคิดต่อการนำไปสู่ความมั่นคงในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเชิงการรักษาสมดุลของชีวิต⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ความต้องการของมนุษย์เมื่อเริ่มเกิดความคิดปกติกจะเริ่มตระหนักถึงความต้องการต่อการมีสภาวะร่างกายที่หายป่วยโดยพึ่งพาการรักษาจากหน่วยงานสุขภาพภาครัฐและเอกชนใกล้เคียง⁽¹⁵⁾ ส่วนในรูปแบบของความไม่เจ็บป่วย และนำหลักการป้องกันโรคเข้ามาใช้โดยยึดหลักของวิถีหรือวัฒนธรรมตามแนวปฏิบัติของชุมชนจากอดีตเพื่อให้สภาพของจิตใจได้นึกถึงบุคคลที่เคยปฏิบัติในลักษณะนี้ในอดีต และทำให้สุขภาพจิตดีตามไปด้วย⁽¹¹⁾ การมีสุขภาพที่ดีส่วนใหญ่บุคคลจะระลึกถึงบุคคลต้นแบบในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางสู่การมีสุขภาพดีด้านโภชนาการเพื่อลดปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต และเป็นวัฒนธรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นจากครอบครัวสู่ชุมชนได้

ประเด็นที่ 2 ข้อมูลและประโยชน์ของอาหารประจำท้องถิ่นที่ยังเป็นการบริโภคตามค่านิยมเชิงรสชาติในกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งแนวทางในการปรุงประกอบอาหารเพื่อบริโภคและการเข้าถึงวัตถุดิบอาหารเพื่อสุขภาพยังไม่สอดคล้องกับการมีสุขภาพดีในชุมชนได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้ในการศึกษาการบริโภคอาหารประจำท้องถิ่นได้ศึกษาเกี่ยวกับอาหารประจำท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ โดยมีเนื้อหาสาระสำคัญว่า อาหารเพื่อสุขภาพในชุมชนแบบดั้งเดิมในสังคมชนบทในประเทศไทยเน้นการเลือกวัตถุดิบตามแหล่งธรรมชาติปลอดสารพิษ และการปรับแต่งทางพันธุกรรมทั้งพืชและสัตว์ โดยผู้ที่พิถีพิถันในการเลือกวัตถุดิบจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป⁽¹²⁾ นอกจากนี้การบริโภคอาหารกลุ่มนี้จะปรุงประกอบไม่ซับซ้อนใส่เกลือ น้ำหมัก สมุนไพร และผักท้องถิ่น เพื่อให้อาหารที่บริโภคมีความคงไว้ซึ่งการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษจากรุ่นสู่รุ่น และมีคุณค่าทางจิตใจเมื่อได้บริโภคอาหารที่มีลักษณะแบบนี้ การที่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป จะมีแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเคร่งครัด และมีหลักการปฏิบัติตัวต่อข้อมูลและประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงได้ยากทำให้ผู้สูงอายุมีความอาวุโสทั้งกาย วาจา และจิตใจ⁽¹³⁾

ประเด็นที่ 3 ความรู้สึกเมื่อเกิดผลกระทบด้านโภชนาการต่อร่างกาย เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ซึ่งแนวทางควรเชื่อมโยงปัญหาสุขภาพเพื่อให้เข้าใจ



ธรรมชาติของโรค และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติต่อความรุนแรงของโรคที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาความรู้สึกของผู้สูงอายุในมุมมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วย โรคเบาหวาน โดยให้ข้อมูลว่า เมื่อรู้ตัวว่าตนเองป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายสภาพจิตใจที่เกิดขึ้นมีทั้ง ความรู้สึกกลัว เสียใจ กังวล และเศร้า แต่ไม่สามารถบอกใครได้กับความรู้สึกที่เป็นอยู่ในช่วงเวลานั้น⁽¹⁴⁾ ซึ่งหากผู้สูงอายุมีการปรับตัวได้จะทำให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในการใช้ชีวิตเพื่อคนรอบข้าง ได้มากยิ่งขึ้น เลือกศึกษานำแนวทางการปฏิบัติตัวด้านโภชนาการเฉพาะโรคมาใช้ให้เกิดประโยชน์ให้ เพิ่มขึ้น แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้ผู้สูงอายุบางรายเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทรุดโทรม อย่างรุนแรง และเลิกให้ความสำคัญต่อสุขภาพตนเองนำไปสู่การเกิดโรคร่วมหลายโรคตามมาได้⁽¹⁵⁾

ประเด็นที่ 4 การแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการ เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้บริการในระบบสุขภาพ เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่เป็นลำดับแรก แต่ตามความรู้สึกผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จะมีมุมมองความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเร้าต้นตอและการใกล้ชิด ถึงการสิ้นอายุขัยของตนเอง และต้องดูแลรักษาในทุกรูปแบบทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนไทย และความเชื่อตามวัฒนธรรมชุมชน ในกรณีของการดูแลสุขภาพตนเองตามสภาพการณ์ปัจจุบันดูแล เชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อศึกษาระบบร่างกายหาข้อบกพร่องและรักษาตามอาการ⁽¹⁶⁾ แต่มุมมอง ของญาติผู้สูงอายุบางรายเลือกเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบผสมผสานหลายรูปแบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุ เกิดความไว้วางใจ และมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีจะให้ความเห็นใน มุมมองของการสิ้นอายุขัยโดยมีการบอกกล่าวถึงสิ่งเร้าต้นตอที่จะมารับไปแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม การแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ควรมีวิธีการเลือกใช้บริการ แบบมีหลักการและเหตุผล โดยไม่เกิดผลกระทบในทางที่ไม่ดีต่อสุขภาพซึ่งอาจนำไปสู่การป่วยด้วย อาหารอื่นๆ ตามมาได้⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ควรจะศึกษาใน มุมมองการพัฒนาเป็นรูปแบบของการดูแลและสุขภาพผู้สูงอายุในมิติอื่นๆ เพิ่มเติม และเป็นการ สนับสนุนในด้านโภชนาการในผู้สูงอายุด้วยบริบทของชุมชนได้
2. การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนท้องถิ่น ควรมี การวางแผนให้ครอบคลุมทุกมิติของการให้บริการ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเพื่อเป็นการ ปรับเปลี่ยนทัศนคติของครอบครัวผู้สูงอายุ และยังเป็นการเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพกับ วิถีชีวิตชุมชนท้องถิ่นให้เกิดความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันในบริบทของชุมชนเองได้



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.boj.go.th/index.php?page=demographic&language=th>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. รายงานประจำปี กรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/>
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักส่งเสริมสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/opdc-2563>
4. ศิริพร ต้นจ้อ. แนวทางการเลือกอาหารและสารอาหารสำหรับผู้สูงวัย. วารสารวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร ปี 2565; 53(1): 65-75.
5. สำนักโภชนาการ. ชงโภชนาการผู้สูงอายุ ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/elderlybook/194718>
6. Walter AJ. Phenomenology: Implications for nursing research. J Adv Nurs. 1995; 22: 791-799.
7. Wilding C, Whiteford G. Phenomenological research: An exploration of conceptual, theoretical, and practical issues. OTJR Occup Particip Health 2005; 25(3): 98-104.
8. Leonard VWA. Heideggerian Phenomeno-logic perspective on the concept of the Person. Adv Nurs Sci 1989; 9: 40-55.
9. Omery A. Phenomenology: a method for nursing research. Adv Nurs Sci 1983; 5: 49-63.
10. ชวิศา แก้วอนันต์. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561; 12(2): 112-9.
11. ชนัญญา ชัยวงศ์โรจน์. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ: การสื่อสารสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม 2564; 9(1): 80-7.
12. กมลพร สวนทอง. การศึกษาอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยวชุมชน จากอัตลักษณ์เพื่อการท่องเที่ยวเรียนรู้อาหารเชิงสุขภาพชุมชนของภูมิภาคตะวันตก: กรณีศึกษาชุมชนหนองโรง ตำบลหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ปี 2563. วารสารมนุษยศาสตร์วิชาการ 2563; 27(1): 237-273.
13. Kulprasutidilok A, Phollawan P. Knowledge for Healthcare from the Local Wisdom of Thai Song Dum Community in Bandon U-thong District, Suphanburi Province. J Community Dev Life Qual 2018; 6(1): 106-116.



14. Kulprasutidilok A, Phollawan P. Knowledge for Healthcare from the Local Wisdom of Thai Song Dum Community in Bandon U-thong District, Suphanburi Province. *J Community Dev Life Qual* 2018; 6(1): 106–116.
15. Sergi G, Bano G, Pizzato S, Veronese N, Manzato E. Taste loss in the elderly: possible implications for dietary habits. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2017; 57: 3684-9.
16. ชนภรณ์ จิตตินันทน์ และณัคนางค์ กุลนาถศิริ. ถอดบทเรียนนโยบายรับมือสังคมสูงวัยจากต่างประเทศ. *สายนโยบายการเงิน ธนาคารแห่งประเทศไทย ปี 2560*. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://themoment.om.co/happy.lifeaging.society>.
17. Rungsawang T, Tongtanunam Y, Nusawat J, Panpin S. The competency development of elderly care managers in Nonthaburi Province: A monitoring and evaluating research study. *J Health Sci Res* 2020; 14(2): 93-104.
18. Michalos AC. Arts and the Quality of Life: an Exploratory Study. *Soc Indic Res* 2005; 71(1-3): 11-59.
19. Mills D. Cultural Planning - Policy Task, Not Tool. *Artwork Mag* 2003; 55: 7-11.



การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยภาษาท้องถิ่นต่อการรับรู้และการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอนามาน จังหวัดอำนาจเจริญ

THE DEVELOPMENT OF RISK COMMUNICATION MODELS WITH LOCAL LANGUAGE TO PERCEIVE AND REMEMBER STROKE WARNING SIGNS OF STROKE RISK GROUPS, IN CHANUMAN DISTRICT, AMNAT CHAROEN PROVINCE

กณิศกรณ์ อุทุมพร^{1*}, ประเสริฐ ประสมรักษ์¹, ญาณวรรณ ชมนา¹,

ยลฤดี ดั่งแบ้น¹, สายไหม อรอินทร์²

Khanitpohn Uthumpohn^{1*}, Prasert Prasomruk¹, Yanawan Chomna¹,

Yonruedi Duangpaen¹, Saimai Onin²

Received: January 03, 2024

Revised: April 02, 2024

Accepted: April 27, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยภาษาท้องถิ่นต่อการรับรู้และการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการสื่อสารภาษาอีสาน และภาษาญไท กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือสำหรับผู้พัฒนารูปแบบและสำหรับกลุ่มเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่นของรูปแบบการสื่อสารภาษาอีสาน และภาษาญไท เท่ากับ 0.92 และ 0.94 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบการรับรู้และการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired Sample T-test

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่นประกอบด้วย 1) โปสเตอร์อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่นประกอบรูปภาพแสดงอาการ 2) ดิฉไว้ที่บ้านของกลุ่มเสี่ยง และสื่อสารผ่านทาง อสม. ภายหลังได้รับรูปแบบการสื่อสารอาการเตือนในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยตั้งแต่ 40-60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ทำให้ทุกคนมีการรับรู้อาการเตือนระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเตือน

¹ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

Mahidol University Amnat Charoen Campus

² โรงพยาบาลนามาน จังหวัดอำนาจเจริญ

Chanuman Hospital, Amnat Charoen Province

*Corresponding author E-mail: Khanitpohn.uth@student.mahidol.edu



เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสื่อที่พัฒนาขึ้นทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถจดจำอาการเตือนครบทั้งหมด 5 คำ ร้อยละ 66.7 ดังนั้น จึงควรนำวิธีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงไปปรับใช้ในการสื่อสารความเสี่ยงโรคที่เป็นปัญหาทางสุขภาพสำคัญอื่นๆ

คำสำคัญ: การสื่อสารความเสี่ยง, กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้อาการเตือน, การจดจำอาการเตือน



Abstract

This action research aimed to study the results of the development of risk communication models with local language to perceive and remember stroke warning signs in stroke risk groups of Chanuman District, Amnat Charoen Province. The sample size was 60 people classified as a group that received the Isan and Phu-Thai language communication models, 30 people per group. Research instruments include model developers and risk groups. The confidence values of risk communication models with Isan and Phu-Thai language 0.92 and 0.94, respectively. Data was collected by using a perceive and remember stroke warning signs test. Analyses general data with descriptive statistics such as frequency, percentage, average and standard deviation. Inferential statistics have been used with the Paired Sample T-test.

The results of a communication model 1) By using folk media posters about stroke warning signs in the local language and showing pictures of stroke symptoms 2) Put the poster on the house of risk group and communicate through the VHV. As a result, most of the samples were female. The average age was 40-60 years old and above, and the underlying disease was hypertension. All risk groups have a high level of perception and the average score of perception of warning signs increased statistically significantly at the p-value of 0.05 The developed media allowed the risk group to remember stroke warning symptoms for 5 words, 66.7 %. Therefore, the developing risk communication method should be applied and adapted to communicate the risk of other important health problems.

Keywords: risk communication models, stroke risk groups, perceive stroke warning signs, remember stroke warning symptoms



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) นับเป็นปัญหาสำคัญของโลกและประเทศไทย เป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ถึงแม้ว่าจะไม่เสียชีวิต แต่ส่งผลทำให้เกิดความพิการระยะยาว จึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาหรืออาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต อีกทั้งยังทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นอาการทางคลินิกที่พัฒนาอย่างรวดเร็วอันเนื่องมาจากการทำงานของสมองที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด หากเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานกว่า 24 ชั่วโมง สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตได้⁽²⁾ ทั้งนี้ องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) ให้คำนิยามของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นภาวะที่เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้ขาดออกซิเจน เนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำงานจนเกิดความเสียหายถาวร รวมถึงความพิการ อัมพาต หรือร้ายแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้⁽³⁾

ซึ่งสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2560-2563 พบอัตราการตายต่อแสนประชากร เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ⁽¹⁾ สำหรับพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ในปี พ.ศ. 2560-2565 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นอัตราป่วย 249.37, 269.83, 279.95, 303.45, 298.76 และ 303.83 ต่อแสนประชากร⁽⁴⁾ ซึ่งการสำรวจในจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ในปี พ.ศ. 2562-2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 83, 81, 83, 83 และ 79 คน ต่อแสนประชากร⁽⁵⁾ ในระดับอำเภอหรือพื้นที่อำเภอขานุมาน พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มขึ้น จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 30, 28 และ 49 คน และพบว่า อำเภอขานุมานมีกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการคัดกรองว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease risk: CVD risk) ในอัตราสูงมาก จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2566 พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลขานุมาน มีอัตราสูงถึง 5,654 คน⁽⁶⁾ นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับความรู้และการรับรู้โรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองยังอยู่ในระดับน้อย⁽⁷⁾ และมีความสามารถในการจัดการกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด⁽⁸⁾ โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำตามระยะเวลาที่กำหนดเพียงร้อยละ 5.62 เท่านั้น⁽⁴⁾ จากการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือน



ที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มีการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ และเข้าถึงการระบบบริการล่าช้า⁽⁹⁾ ซึ่งเห็นว่าบุคลากรด้านสุขภาพควรมีทักษะในการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่มุ่งไปสู่การรับรู้อาการเตือนที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดจัดการเมื่อมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสม สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลอย่างทันที่ทันที่ ลดภาวะทุพพลภาพ และอัตราการเสียชีวิต⁽¹⁰⁾

การสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญต่อการสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง และสามารถในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การใช้ภาษาในการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมส่งผลต่อการรับรู้ที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากภาษามีความสำคัญต่อการสื่อสาร และเป็นเครื่องมือของการเรียนรู้และพัฒนาความคิดของมนุษย์⁽¹¹⁾ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งใช้ภาษาอีสานในการสื่อสารเป็นส่วนใหญ่ และในพื้นที่อำเภอชานุมานมีการใช้ภาษาไทยในการสื่อสารด้วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการสื่อสารเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบ 2 ภาษาถิ่นนี้ จัดทำเป็นสื่อในรูปแบบโปสเตอร์อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่นประกอบรูปภาพแสดงอาการเตือนที่บริเวณบ้านของกลุ่มเสี่ยง เพื่อเสริมสร้างให้เกิดการรับรู้การจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น และมีความสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการตัดสินใจเข้าสู่ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว เพื่อลดความพิการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการเสียชีวิต ขยายผลรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย และผู้พัฒนารูปแบบไปสู่การรณรงค์ตามหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ ที่ใช้ภาษาถิ่นเดียวกัน

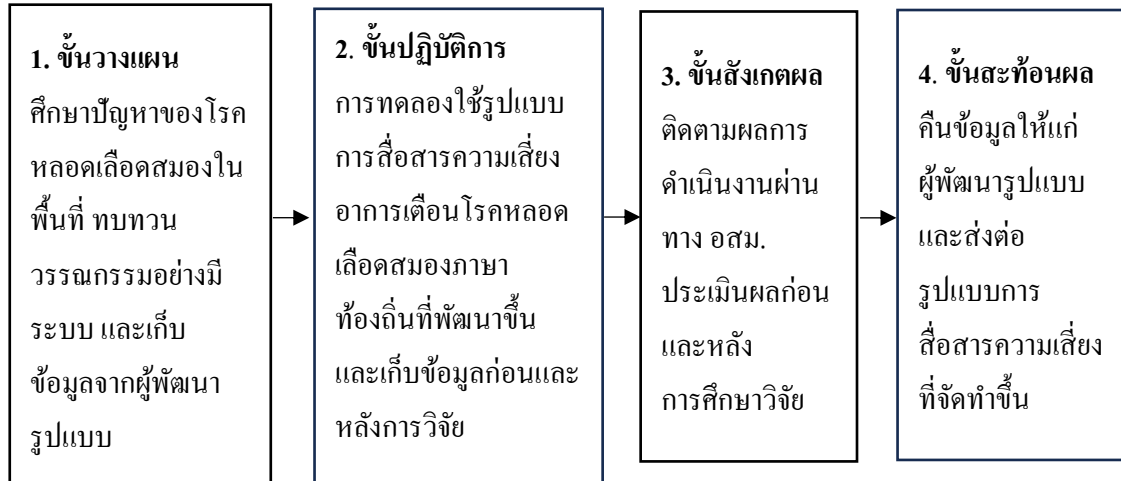
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยภาษาท้องถิ่นต่อการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยภาษาท้องถิ่นต่อการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยภาษาท้องถิ่นต่อการการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแท็กการ์ด (Kemmis & Mc Taggart, 1988)⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตผล และสะท้อนผล การปฏิบัติ ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง ด้วยภาษาท้องถิ่นต่อการรับรู้ และการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอนามาน จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้พัฒนารูปแบบและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

1. กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย พยาบาลแผนกห้องฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นและอสม. จำนวน 10 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คน และกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 30 คน

2. กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5,654 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอนามาน จังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2566 การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยคำนวณตามสูตรเปรียบเทียบสองกลุ่มแบบไม่อิสระต่อกัน

$$n/gr = \frac{(z_\alpha + z_\beta)^2 \sigma_p^2}{(\mu_d)^2}$$



กำหนด Z_{α} = ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.64 , Z_{β} = อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 1.28, μ_d = ค่าเฉลี่ยของผลต่าง อ้างอิงจากการศึกษาของสุวรรณ หล่อโลหการ และคณะ (2564)⁽¹²⁾ ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการรับรู้ และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5 ฐาน เพื่อชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล จังหวัดภูเก็ต พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 7.08, σ_p^2 = ความแปรปรวนของงานวิจัยที่ผ่านมา เท่ากับ 35.29 เมื่อนำมาแทนค่า พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 46 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวของกลุ่มทดลอง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 25% ดังนั้น ผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 60 คน จำแนกเป็นกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการสื่อสารภาษาอีสาน และภาษาไทย กลุ่มละ 30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่กลุ่มเสี่ยงปานกลางถึงเสี่ยงสูงมาก
2. สามารถสื่อสารภาษาอีสานหรือภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นคนไร้ความสามารถ
2. ผู้ที่มีประวัติบกพร่องด้านความจำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับผู้พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ชุด ดังนี้

1) กลุ่มผู้ให้บริการ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับ การสื่อสารความเสี่ยงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการรณรงค์ในปัจจุบัน และให้กลุ่มผู้ให้บริการคัดแปลงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเป็นรูปแบบภาษาท้องถิ่น

2) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล และให้กลุ่มผู้ป่วยคัดแปลงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเป็นรูปแบบภาษาท้องถิ่น

3) กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบบทดสอบความแรงกลัวต่ออาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่นที่สังเคราะห์จากผู้พัฒนารูปแบบ

2. เครื่องมือสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเครื่องมือเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสถานะทางสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว พฤติกรรมส่วนบุคคล และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ



2) แบบทดสอบการรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทดสอบความสามารถในการรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมองด้วยภาษาท้องถิ่น 2 ภาษา คือ ภาษาอีสาน และภาษาไทย จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด

3) แบบทดสอบการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายเปิดของอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ และให้กลุ่มเสี่ยงเขียนเดิมคำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่จดจำได้ เพื่อทดสอบความจำเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่นที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าตรงเชิงเนื้อหาของแบบทดสอบภาษาอีสาน และภาษาไทย เท่ากับ 0.93, 0.95 ตามลำดับ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกระทำ ได้แก่ โปสเตอร์รูปแบบการสื่อสารอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาอีสาน และภาษาไทยที่พัฒนาขึ้น ประกอบรูปภาพการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยภาษาอีสาน และภาษาไทย เท่ากับ 0.85, 0.93 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่อำเภอชานุมาน จำนวนกลุ่มละ 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงภาษาอีสาน และภาษาไทย เท่ากับ 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 **ขั้นวางแผน (Planning)** คือ ขั้นตอนการนำมาสู่การพัฒนาแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยภาษาท้องถิ่น มีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเกี่ยวกับงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จากฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ ThaiJo, ScienceDirect, PubMed
- 2) เก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้บริการด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม
- 3) เก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก
- 4) นำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่พบส่วนใหญ่จากการทบทวนวรรณกรรม และนำคำที่ใช้แสดงถึงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่นที่ได้รับจากผู้พัฒนารูปแบบมาสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาอีสาน และภาษาไทย



5) นำมาทดสอบความแรงกลัวต่ออาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่น โดยทดสอบกับกลุ่มเสี่ยง (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 30 คน เพื่อนำมาซึ่งอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลต่อความแรงกลัวมากที่สุดจำนวน 1 คำ ต่อ 1 อวัยวะ และนำไปพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยภาษาท้องถิ่น

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) คือ การทดสอบประสิทธิภาพ มีการดำเนินงาน 2 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ทดลองใช้รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น
- 2) เก็บแบบทดสอบการรับรู้และการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองด้วยภาษาท้องถิ่น

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) โดยการติดตามการดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยภาษาท้องถิ่นผ่านทาง อสม. ประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาวิจัย

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) สรุปผลการดำเนินงาน อภิปรายผล จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อคืนข้อมูลให้แก่ผู้พัฒนารูปแบบ และส่งต่อรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่จัดทำขึ้น ประกอบการรณรงค์อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองตามหน่วยบริการสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายถึงคุณลักษณะทางประชากร ระดับการรับรู้และการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่น และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Paired Sample T-test เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 15/2566 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่น

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการศึกษาเรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จากฐานข้อมูลทางวิชาการ พบงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 12 ฉบับ สามารถสรุปได้ว่าอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คือ 5 อาการสำคัญ ได้แก่



“อาการใบหน้าอ่อนแรงหรือพูดไม่ชัด อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก อาการสูญเสียการทรงตัว อาการเวียนศีรษะ และมีปัญหาทางการมองเห็น” รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

บทความวิจัย	ใบหน้า อ่อน แรง พูด ไม่ ชัดเจน	แขน ขา อ่อน แรง	สูญเสีย การ ทรงตัว	มีปัญหา ทางการ มองเห็น	เวียน ศีรษะ
1. ฐานข้อมูล ThaiJo คำค้นหา “อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง”					
กานต์ริชา กำแพงแก้ว (2558)	✓	✓	✓		
ญุณท์ วอลเตอร์และคณะ (2559)	✓	✓	✓	✓	
ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริและคณะ (2560)	✓	✓	✓		
สายทิพย์ จำพงษ์และคณะ (2561)	✓	✓			✓
วีระศักดิ์ อเนกศักดิ์และคณะ (2562)	✓	✓			
2. ฐานข้อมูล ScienceDirect คำค้นหา “Stroke Warning Signs”					
Adebimpe O. Obembe และคณะ (2014)	✓	✓		✓	✓
Morenikeji A. Komolafe และคณะ (2015)	✓	✓		✓	✓
Nallani Chakravarthi และคณะ (2019)	✓	✓	✓		
3. ฐานข้อมูล PubMed คำค้นหา “Stroke Warning Signs”					
Marcus B Nicol and Amanda G Thrift (2005)	✓	✓	✓	✓	✓
Adane Birhanu Nigat และคณะ (2021)	✓		✓		✓
Ahmed Elshebiny และคณะ (2023)	✓	✓		✓	
จำนวนบทความวิจัยที่พบ	12	11	7	5	5

ผู้วิจัยจึงนำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่พบส่วนใหญ่จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มาพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบภาษาอีสาน และภาษาไทย ร่วมกับผู้พัฒนารูปแบบ และนำมาทดสอบความเกรงกลัวต่ออาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่นจำนวน 1 คำต่อ 1 อวัยวะ ได้รูปแบบ ดังนี้ 1) อาการเตือนที่ทำให้



เกิดความกลัว 5 อาการสำคัญในแต่ละภาษา ได้แก่ ภาษาอีสาน “ตาฟาง วิ่งหัว ตัวเซ ปากเบี้ยว แขนขา หล่อย” และภาษาไทย “มีเหินหุ้ง มีดัยแสง ปะเบ้ว วิ่งโฮ โตเซ” 2) สื่อที่ใช้คือโปสเตอร์อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่นที่มีรูปภาพอาการเตือน 3) สื่อสารโดย อสม. นำไปบอกกล่าวและติดโปสเตอร์ที่บ้านของกลุ่มเสี่ยงในจุดที่มองเห็นได้บ่อย

2. ผลของรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่น

ผลการศึกษาคุณลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยตั้งแต่ 40-60 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ประกอบอาชีพเกษตรกร ได้รับข้อมูลสุขภาพจาก อสม. ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มสุราและสูบบุหรี่

ผลการศึกษาการรับรู้อาการเตือน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่นของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ภาษา ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยรูปแบบการสื่อสารภาษาอีสานมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 23.76 (S.D. = 1.99) ดังตารางที่ 2 ส่วนภาษาไทย มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 23.70 (S.D. = 1.95) จากคะแนนเดิม 25 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาอีสาน (n = 30)

การรับรู้อาการเตือน โรคหลอดเลือดสมอง ภาษาอีสาน	ค่าเฉลี่ย		ความต่าง ค่าเฉลี่ย		95% Mean Difference		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{D}$	$\bar{SD}$	Lower	Upper		
ก่อนทดลอง	17.26	7.92	6.5	1.32	3.79	9.20	4.90	< 0.001
หลังทดลอง	23.76	1.99						

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาไทย (n = 30)

การรับรู้อาการเตือน โรคหลอดเลือดสมอง ภาษาไทย	ค่าเฉลี่ย		ความต่าง ค่าเฉลี่ย		95% Mean Difference		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{D}$	$\bar{SD}$	Lower	Upper		
ก่อนทดลอง	17.53	5.13	6.17	0.99	4.13	8.19	6.21	< 0.001
หลังทดลอง	23.70	1.95						

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05



ผลการศึกษาศึกษาการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการได้รับรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองทั้งภาษาอีสาน และภาษาไทย จำนวนกลุ่มละ 30 คนส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้ครบทั้งหมด 5 คำ ร้อยละ 66.7 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ การจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาอีสาน และภาษาไทย

อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	อีสาน (n = 30)		ภาษาไทย (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จดจำได้ทั้งหมด 5 คำ	20	66.7	20	66.7
จดจำได้ 4 คำ	1	3.3	3	10.0
จดจำได้ 3 คำ	2	6.7	5	16.7
จดจำได้ 2 คำ	2	6.7	0	0.0
จดจำได้ 1 คำ	1	3.3	0	0.0
จดจำไม่ได้เลย	4	13.3	2	6.7

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยภาษาท้องถิ่นต่อการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดและองค์ประกอบหลักของการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk communication) ของรอตแมน และคิวินิมิ (Rothman & Kiviniemi, 1999)⁽¹³⁾ ได้แก่ ผู้ส่งสาร (Sender) ผู้รับสาร (Receiver) และข้อความ (Message) ซึ่งผู้ส่งสารในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้พัฒนารูปแบบ ในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงให้มีภาษาท้องถิ่นที่เหมาะสมทั้งภาษาอีสาน และภาษาไทย ส่วนผู้รับสารในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อทดสอบผลของการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่จัดทำขึ้น และข้อความหรือสื่อของการศึกษาครั้งนี้คือ โปสเตอร์อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่นที่มีรูปภาพอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองประกอบติดที่บ้านของกลุ่มเสี่ยง

ผลของระดับการรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการได้รับรูปแบบการสื่อสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปสเตอร์ดังกล่าวทั้งภาษาอีสาน และภาษาไทย มีระดับการรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของญันท วอลเตอร์ และคณะ (2559)⁽¹⁴⁾ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนภาคเหนือ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนควรใช้



ภาษาของพื้นที่ เนื่องจากภาษาถิ่นมีลักษณะเฉพาะทั้งถ้อยคำ และสำเนียง จึงส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

ในด้านการจดจำอาการเตือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองครบทั้งหมด 5 อาการ จึงสามารถอธิบายผลของรูปแบบการสื่อสารที่พัฒนาขึ้นได้ว่า หากประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสมทั้งในด้านรูปแบบของสื่อ เนื้อหา และภาษา ที่ใช้ในการสื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสมกับผู้รับสาร ย่อมส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ และการจดจำได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองด้วยภาษาท้องถิ่นที่มีความสอดคล้อง และเหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละช่วงวัยมากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองภาษาท้องถิ่นได้ทั้งหมด 5 อาการ โดยลักษณะทางประชากรส่วนใหญ่ คือ กลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ควรนำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองด้วยภาษาท้องถิ่นที่พัฒนาขึ้น ให้แก่หน่วยบริการสุขภาพเพื่อใช้ในการรณรงค์อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดการรับรู้การจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ดียิ่งขึ้น โดยขยายผลใช้งานในพื้นที่ต่าง ๆ ที่ใช้ภาษาถิ่นเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากหลายส่วน ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชานุมาน รพ.สต.คำเดือย และรพ.สต.โคกเจริญ ที่ให้ความกรุณาเก็บข้อมูลในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรครณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623>
2. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J, Smirnov VE, Strasser T. Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. Bull World Health Organ. 1980; 58(1): 113-30.



3. Coupland AP, Thapar A, Qureshi MI, Jenkins H, Davies AH. The definition of stroke. J R Soc Med. 2017 Jan; 110(1): 9-12.
4. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย; 39(2): 39-46.
5. HDC. (2566). อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://acr.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=
6. โรงพยาบาลชานุมาน. สรุปข้อมูลโรคไม่ติดต่อไม่เรื้อรัง. อำนาจเจริญ; โรงพยาบาลชานุมาน. 2566.
7. Nualnetr N, Srikha D. 2012. Knowledge on the stroke and behaviors to reduce the risk of stroke among risk persons in Samliam Community, Muang District, Khon Kaen Province. Arch AHS; 24(3): 318-26.
8. ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศิริธร ยิ่งแรงเริง, ศุภลักษณ์ ศรีชัยญา. (2557). การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข; 23(3): 132-41.
9. Mellor RM, Bailey S, Sheppard J, Carr P, Quinn T, Boyal A, et al. (2015). Decisions and delays within stroke patients' route to the hospital: a qualitative study. Ann Emerg Med; 65(3): 279-87.
10. พัสตราภรณ์ ปัญญาประชุม, ชีรนุช ห้านริตติชัย, สมบัติ มุ่งทวีพงษ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่าย การส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองระยะเฉียบพลัน. ธรรมชาติเวชสาร; 17(4): 540-47.
11. Kemmis S & McTaggart, R. The Action Research Planner. (3rd ed). Victoria: Deakin University; 1988.
12. สุวรรณ หล่อโลหการ, ประพรศรี นรินทรรัชย์, รัชนิกร ถิรตันดยาภรณ์, จิตรา โรมินทร์, (2564). ประสิทธิภาพโปรแกรมการรับรู้และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5 ขั้นตอน เพื่อชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 3(2): 100-16.
13. Rohrmann B. (1999). Community-based fire preparedness programmes: An empirical evaluation. The Australasian journal of disaster and trauma Studies. Retrieved July 12,2014.
14. ญันท์ วอลเตอร์, โรชินี อุปรา, ประกายแก้ว ชนสุวรรณ. (2559). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้; 3(2): 100-16.



ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

FACTORS AFFECTING SLEEP QUALITY OF THE ELDERLY

IN BANSUAN SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT, CHONBURI PROVINCE

อริสรา ล้ำจุมจัง¹, อินทุอร ธิตัชชवाल¹, วรณัฐธิดา ทรัพย์ประเสริฐ¹,

ชวลิต กิจพิบูลย์¹, พรอนันต์ กลิ่นสุหร่าย², ณัฐพร มีสุข^{1*}

Arisara Lumjumjung¹, Intuorn Thitichatchawan¹, Warunsicha Supprasert¹,

Chavalit Kigpiboon¹, Pornanan klinsurai², Nattaporn Meesuk^{1*}

Received: January 13, 2024

Revised: March 16, 2024

Accepted: April 27, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 371 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2566 ด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามส่วนบุคคล ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับในระดับดี ร้อยละ 38.30 และมีคุณภาพการนอนหลับในระดับไม่ดี ร้อยละ 61.70 จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ (ความเครียด) ปัจจัยด้านร่างกาย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรของคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 21.20 ($R^2 = 0.212$, $p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิจัยนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาวิธีป้องกันหรือลดปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ, ผู้สูงอายุ

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

Program in Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Chonburi

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย

Bangsai Subdistrict Health Promoting Hospital

*Corresponding author E-mail: nattaporn@scphc.ac.th



Abstract

This cross-sectional survey aimed to investigate factors influencing the sleep quality of the elderly. The study encompassed a sample group of individuals aged 60 years and above residing in designated areas served by Bansuan Health Promoting Hospital, totaling 371 participants selected through simple random sampling. Data collection took place between January and March 2023, utilizing a questionnaire comprising five parts: personal information, physical factors, psychological and emotional factors, environmental factors, and sleep quality index. Analysis employed descriptive statistics (e.g., frequency, percentage, mean, and standard deviation) alongside inferential statistics, including chi-square tests, Pearson's product-moment correlation, and stepwise multiple regression analysis.

Results revealed that 38.30% of the elderly exhibited good sleep quality, while 61.70% reported poor sleep quality. Stepwise multiple regression analysis indicated that psychological and emotional factors (specifically stress), physical factors, and environmental factors collectively accounted for 21.20% of the variation in elderly sleep quality ($R^2 = 0.212$, $p\text{-value} < 0.05$).

These findings serve as a valuable resource for relevant organizations, offering insights to guide the development of strategies aimed at preventing or mitigating factors negatively impacting sleep quality among the elderly population, ultimately promoting better sleep outcomes and quality of life.

Keywords: sleep quality, elderly



บทนำ

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจประชากรผู้สูงอายุประเทศไทยในปี 2564 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 13,358,751 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสัดส่วนผู้สูงอายุดังกล่าว ถือได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)⁽¹⁾ ผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นย่อมมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งกรมอนามัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้สูงอายุควรมีเวลานอนหลับเฉลี่ยประมาณ 7-9 ชั่วโมงต่อคืน แต่มักพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มของชั่วโมงการนอนหลับที่ลดลง ดังการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง จำนวน 3,577 ราย พบว่าผู้สูงอายุมีการลดลงของระยะเวลาการนอนหลับประมาณ 10 นาที ในทุกๆ 10 ปี⁽²⁾

การนอนหลับที่มีคุณภาพ หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับของบุคคล รู้สึกนอนหลับได้อย่างเพียงพอ สมองมีการพักผ่อนอย่างเต็มที่ มีความรู้สึกสดชื่นหลังจากตื่นนอน ทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างกระฉับกระเฉง ไม่ง่วงนอนระหว่างวัน ซึ่งถือว่าเป็นการนอนหลับที่ดี⁽³⁾ และปัจจัยรบกวนที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ เพศ อายุ การใช้นอนหลับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเจ็บปวดของร่างกาย⁽³⁻⁵⁾ ด้านจิตใจและอารมณ์ (ความเครียด)⁽⁶⁻⁸⁾ รวมถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น เสียงดัง อุณหภูมิ แสงสว่าง กลิ่นไม่พึงประสงค์ สัตว์หรือแมลงที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัย และเพื่อนร่วมห้อง⁽⁹⁾ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลทำให้การนอนหลับลดลงทั้งสิ้น ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ เพราะการนอนหลับเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายเกิดการพักผ่อนฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกายให้ปกติ และซ่อมแซมเซลล์ส่วนที่เสียหาย หากผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับมักจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตและปัญหาทางสุขภาพ เช่น ปวดหรือมีน็หรือระ และอาจก่อให้เกิดความกังวลว่าจะนอนไม่หลับ ส่งผลให้เกิดการใช้นอนหลับสูงขึ้น⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ⁽¹¹⁾ กล่าวว่า ปัญหาดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพกายได้ เช่น อัลไซเมอร์ โรคหัวใจและหลอดเลือด การทำงานของภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะซึมเศร้า โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และรวมถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการสูบบุหรี่ เนื่องจากมีความเชื่อและทัศนคติว่าสามารถช่วยให้ผ่อนคลาย และหลับได้ง่ายขึ้น และจากการศึกษาข้อมูลประวัติการเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน พบว่า ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ผู้สูงอายุที่ได้รับยานอนหลับหรือยาคลายเครียดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽¹²⁾ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่า ปัญหาการนอนหลับเกิดจากสาเหตุใด ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross sectional survey research) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 6,023 คน คำนวณหา กลุ่มตัวอย่าง ด้วยสูตรของแดเนียล (Daniel, 2010)⁽¹³⁾ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จำนวน 337 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10%⁽¹⁴⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 371 คน โดยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็นแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ซึ่งคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน ดังนี้ บ้านหนองตะโกจำนวน 26 คน บ้านหนองกระทุ่ม จำนวน 145 คน บ้านหนองแห่น จำนวน 56 คน บ้านเขามยุรา จำนวน 15 คน บ้านเขาน้อย จำนวน 59 คน บ้านบ่อนบุญทอง จำนวน 60 คน และบ้านศาลาคู่ จำนวน 10 คน แล้วนำรายชื่อผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ให้ได้เท่ากับขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ในแต่ละชุมชน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อย่างน้อย 6 เดือน (2) สามารถอ่าน ฟัง หรือเขียนด้านภาษาไทยได้ และไม่มีความคิดผิดปกติในเรื่องความคิด ความจำ (3) มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิดทฤษฎี แบบประเมิน (ST-5) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ และแบบวัดดัชนีคุณภาพการนอนหลับของพิตต์สเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)) แปลเป็น



ภาษาไทยโดยตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ดันชัยสวัสดิ์⁽¹⁶⁾ โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน การใช้ยานอนหลับ และ การใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรประเภทที่ช่วยให้หลับง่ายขึ้น จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่มีอาการเลยในช่วง 4 สัปดาห์ (0 คะแนน) มีอาการ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (1 คะแนน) มีอาการ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) มีอาการ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป (3 คะแนน) มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมทุกข้อแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-3 คะแนน มีปัจจัยด้านร่างกายรบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับน้อย 4-7 คะแนน ระดับปานกลาง 8-11 คะแนน ระดับมาก และ 12-15 คะแนน ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านจิตใจและอารมณ์ ใช้แบบประเมิน (ST-5) จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่มีอาการหรือเกิดเพียง 1 ครั้ง (0 คะแนน) มีอาการมากกว่า 1 ครั้งแต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน (2 คะแนน) มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน (3 คะแนน) มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมทุกข้อแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-4 คะแนน มีความเครียดน้อย 5-7 คะแนน มีความเครียดปานกลาง 8-9 คะแนน มีความเครียดมาก และ 10-15 คะแนน มีความเครียดมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่มีอาการเลยในช่วง 4 สัปดาห์ (0 คะแนน) มีอาการ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (1 คะแนน) มีอาการ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) มีอาการ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป (3 คะแนน) มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมทุกข้อแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-4.5 คะแนน มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับน้อย 4.6-9.0 คะแนน ระดับปานกลาง 9.0-13.5 คะแนน ระดับมาก และ 13.6-18 คะแนน ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 5 คุณภาพการนอนหลับ ใช้แบบวัดดัชนีคุณภาพการนอนหลับของพิตต์สเบิร์ก จำนวน 9 ข้อ แปลผลจากผลรวมคะแนนทั้ง 7 องค์ประกอบ แบ่งเป็น 2 ระดับ คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน มีคุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งได้ค่าดัชนีสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item objective Congruence: IOC) รายข้อเท่ากับ 0.67-1.00 ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.86 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability Test) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ทำการศึกษา



จำนวน 30 คน และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha) พบว่า แบบประเมิน ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านร่างกายและแบบประเมินส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 แบบวัดดัชนีคุณภาพการนอนหลับของพิตต์สเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และแบบประเมินความเครียดใช้แบบประเมิน (ST-5) ของกรม สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร แบ่งได้ดังนี้
1) ตัวแปรจัดกลุ่ม (Categorical variable) ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi Square) 2) ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variable) ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) วิเคราะห์ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) เพื่อทำนายปัจจัยใดที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ กำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เอกสารรับรองหมายเลข 2022/S27 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2565 ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างทางผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และทำลายข้อมูลทิ้ง เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล และเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.85 มีอายุ เฉลี่ย 69 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.89 อายุมากที่สุด คือ 92 ปี และอายุน้อยที่สุด คือ 60 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 48.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.30 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 64.40 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.36 โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดัน โลหิตสูง การดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.13 สูบบุหรี่ ร้อยละ 7.28 ดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ร้อยละ 67.12 ใช้นอนหลับหรือยาคลายเครียด ร้อยละ 18.06 และมีการใช้สมุนไพรที่ช่วยให้หลับ ร้อยละ 2.96

ผลการศึกษาปัจจัยทางด้านร่างกายที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ย รวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความเจ็บปวดเรื้อรัง รองลงมา คือ



การปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนหรือการปัสสาวะเล็ดราด และอาการคันตามร่างกาย ตามลำดับ
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยด้านร่างกายที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ
จำแนกรายข้อ

ปัจจัยด้านร่างกาย	Mean	S.D.	ระดับ
ความเจ็บปวดเรื้อรัง	1.70	1.29	
การหายใจลำบาก	0.78	0.34	
อาการคันตามร่างกาย	0.91	0.53	
แขนและขากระตุก	0.83	0.44	
การปัสสาวะบ่อยตอน กลางคืน/การปัสสาวะเล็ดราด	1.62	1.23	
รวม	4.64	2.90	ปานกลาง

ผลการศึกษาปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวม อยู่ในระดับ
ปานกลาง โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีปัญหาการนอน และการมีสมาธิน้อยลง รองลงมา
คือ รู้สึกเบื่อ เซ็ง ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ที่รบกวนการนอนหลับของ
ผู้สูงอายุจำแนกรายข้อ

ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์	Mean	S.D.	ระดับ
มีปัญหาการนอน	1.15	0.84	
มีสมาธิน้อยลง	1.15	1.10	
หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ	0.92	0.64	
รู้สึกเบื่อ เซ็ง	0.98	0.79	
ไม่อยากพบปะผู้คน	0.74	0.30	
รวม	6.46	2.93	ปานกลาง



ผลการศึกษาระดับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับน้อย โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ อุณหภูมิ รongลงมา คือ แสง และเสียงรบกวน ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุจำแนกรายข้อ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	Mean	S.D.	ระดับ
เสียงรบกวน	0.68	1.13	
แสง	0.92	1.24	
อุณหภูมิ	1.26	1.29	
กลิ่นไม่พึงประสงค์	0.26	0.74	
สัตว์หรือแมลงที่รบกวน	0.63	0.99	
บุคคลร่วมเตียง/ร่วมห้อง	0.19	0.62	
รวม	3.94	3.01	น้อย

ผลการศึกษาระดับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีร้อยละ 61.73 และคุณภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 38.27 โดยมีคะแนนเฉลี่ย (PSQI scores) เท่ากับ 7.02 ซึ่งจัดว่ามีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีตามเกณฑ์ของพิตต์สเบิร์ก (PSQI >5) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกระดับคุณภาพการนอนหลับ (n = 371)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับดี (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน)	142	38.27
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (มากกว่า 5 คะแนน)	229	61.73
Mean =7.02 S.D.= 3.45 MAX= 16 MIN=1		

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ และการใช้ยานอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.008, 0.007 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล		คุณภาพการนอนหลับ		รวม	χ^2	p-value
		ดี	ไม่ดี	n (%)		
		n (%)	n (%)			
เพศ	ชาย	48 (12.94)	49 (13.21)	97 (26.15)	6.99	0.008*
	หญิง	94 (25.33)	180 (48.52)	274 (73.85)		
โรคประจำตัว	ไม่มี	33 (8.89)	51 (13.75)	84 (22.64)	0.05	0.828
	มี	109 (29.38)	178 (47.98)	287 (77.36)		
สูบบุหรี่	ไม่สูบ	132 (35.58)	212 (57.14)	344 (92.72)	0.02	0.891
	สูบ	10 (2.70)	17 (4.58)	27 (7.28)		
ดื่มเครื่องดื่ม	ไม่ดื่ม	122 (32.88)	204 (54.99)	326 (87.87)	0.83	0.364
แอลกอฮอล์	ดื่ม	20 (5.39)	25 (6.74)	45 (12.13)		
ดื่มเครื่องดื่ม	ไม่ดื่ม	46 (12.40)	76 (20.48)	122 (32.88)	0.03	0.874
คาเฟอีน	ดื่ม	96 (25.88)	153 (41.24)	249 (67.12)		
การใช้ยานอนหลับ	ไม่ใช้	126 (33.96)	178 (47.98)	304 (81.94)	7.17	0.007*
	ใช้	16 (4.31)	51 (13.75)	67 (18.06)		
การใช้อาหารเสริม หรืออาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา	ไม่ใช้	139 (37.47)	221 (59.57)	360 (97.04)	0.58	0.446
	ใช้	3 (0.80)	8 (2.16)	11 (2.96)		

*p – value < 0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยวิธี Pearson's Product Moment Correlation โดยใช้เกณฑ์การแปลผลขนาดความสัมพันธ์ของบาร์ทซ์⁽¹⁷⁾ พบว่า ปัจจัยทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 ดังนั้น ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r = 0.411) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r = 0.308) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r = 0.251) ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านร่างกาย	0.308*	< 0.001	ต่ำ
ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์	0.411*	< 0.001	ปานกลาง
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับ	0.251*	< 0.001	ต่ำ

* p – value < 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ พบว่า มีตัวแปรอิสระจำนวน 3 ตัว ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ปัจจัยด้านร่างกาย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001, 0.006, 0.040 ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถอธิบายการผันแปรของคุณภาพการนอนหลับได้ ร้อยละ 21.20 ($R^2 = 0.212$) ดังแสดงในตารางที่ 7 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดังต่อไปนี้

$$\text{สมการ } Y_i = b_0 + b_1X_{1i} + b_2X_{2i} + b_3X_{3i}$$

$$Y_i = 4.375 + 0.375 (X_1) + 0.169 (X_2) + 0.117 (X_3)$$

อธิบายความว่า

คุณภาพการนอนหลับ = 4.375 (ค่าคงที่) + 0.375 (ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์) + 0.169 (ปัจจัยด้านร่างกาย) + 0.117 (ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม)

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value	95% CI for B
ค่าคงที่ (a)	4.375	0.342	0	12.801	< 0.001	3.703-5.047
ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ (X_1)	0.375	0.060	0.325	6.276	< 0.001	0.258-0.493
ปัจจัยด้านร่างกาย (X_2)	0.169	0.061	0.147	2.765	0.006	0.049-0.289
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (X_3)	0.117	0.057	0.100	2.066	0.040	0.006-0.229

หมายเหตุ $R^2 = 0.212$, Adj. $R^2 = 0.206$



สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 61.73 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และการใช้ยานอนหลับ สำหรับปัจจัยที่มีอำนาจในการพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านร่างกาย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยดังกล่าว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรผันของคุณภาพการนอนหลับได้ถึง ร้อยละ 21.20 ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการจัดทำโปรแกรมแก้ไขปัญหาคอนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ กำหนดนโยบาย เป้าหมายหรือตัวชี้วัดการจัดบริการ การคัดกรอง ประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ สำหรับวางแผนจัดทำโครงการหรือกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ดียังสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมอันพึงประสงค์ มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีสุขภาพที่ดีตามมา

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งปัจจัยที่รบกวนมากที่สุด คือ การเจ็บปวดเรื้อรัง เนื่องจากก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกายขณะนอนหลับ ทำให้ผู้สูงอายุตื่นนอนกลางดึก และนอนไม่หลับอีกครั้ง เช่น การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเรื้อรัง และการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืนที่ส่งผลต่อการนอนหลับ⁽¹⁸⁾ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุริรัตน์ ณ วิเชียร⁽⁴⁾ ที่ศึกษาการนอนหลับของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุมักมีความเจ็บปวดเรื้อรัง และมีอาการปวดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ คือ ระดับความเครียด พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเกิดความเครียด ร่างกายจะเกิดการหลั่งสารอิพิเนฟริน และนอร์อิพิเนฟรินทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต และความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น จึงอาจรบกวนการนอนหลับได้⁽⁵⁾ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิมา ธรรมเจริญ⁽⁶⁾ และอัญชลี ชุ่มบัวทอง⁽³⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่า ความเครียดส่งผลต่อการเต้นของหัวใจ ทำให้ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้นอนไม่หลับ นอกจากนี้ ความเครียดยังส่งผลให้มีระดับคอร์ติซอลสูง เกิดการรบกวนวงจรการนอนหลับในระหว่างการเข้าสู่การนอนหลับ⁽⁴⁾

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ได้แก่ อุณหภูมิห้องสูงจะทำให้การนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 ของ



NREM (Non rapid eye movement sleep) และการนอนหลับระยะ REM (Rapid eye movement sleep) ลดลง ทำให้ตื่นบ่อยขึ้น และมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มมากขึ้น เมื่ออากาศหนาวหรือร้อนเกินไป การนอนหลับระยะ REM จะลดลง⁽⁵⁾ สภาพห้องนอนที่ไม่เงียบสนิทมีผลต่อการนอนหลับถึงร้อยละ 30 หรือการที่มีแสงสว่างภายในห้องมากเกินไป ทำให้รู้สึกไม่สบาย และรบกวนการนอนได้⁽¹⁸⁾ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุริรัตน์ ณ วิเชียร⁽⁴⁾ และนุสรณ์ ใจเชื้อ⁽⁹⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ความสว่างภายในห้องที่มากเกินไปส่งผลต่อการหลั่งเมลาโทนิ น อุณหภูมิที่สูงหรือต่ำเกินไปทำให้เกิดความไม่สบายของร่างกาย เสี่ยงกระตุ้นการทำงานของ reticular activating system (RAS) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมระดับความรู้สึกตัวทำให้ร่างกายมีการตื่นตัว ไม่สามารถเข้าสู่ระยะการนอนหลับได้ ประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง และมีการนอนหลับระยะ REM ลดลง⁽¹⁹⁾ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ควรคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ปัจจัยด้านร่างกาย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งควรจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าว เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อวางแผนในการจัดบริการ พัฒนาวิธีป้องกัน และลดปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ควรที่จะมีกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด เช่น กิจกรรมการคัดกรองสุขภาพจิต และให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุเบื้องต้น กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ มีการให้บริการทางเลือกที่จะให้ผู้สูงอายุได้รับการบรรเทาอาการเจ็บปวดเรื้อรังของร่างกาย เช่น คลินิกแพทย์แผนไทย ส่งเสริมการใช้สมุนไพรภายในท้องถิ่น และปรับปรุงแก้ไขปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อุณหภูมิ แสง และเสียงรบกวน เพื่อเอื้อต่อการมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีในผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนสมาชิกในชุมชน และสมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา เพื่อให้มีส่วนร่วมในการป้องกัน ลด หรือ กำจัดปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจจะรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ เช่น หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดเสียงดังในช่วงกลางคืน มีการกำจัดสัตว์ และแมลงต่างๆ ที่รบกวนการนอนหลับ ดูแลห้องนอนให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และมีอุณหภูมิที่เหมาะสมกับการนอนหลับ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่เลี้ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัด
ชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือกับคณะผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาประชากร/ประชากรสูงอายุ/2564/full_report_64.pdf
2. ชัยรัชต์ จันทร์ตรี, พรรณี ทับธานี, ธวัชชัย แคนใหญ่, บรรณาธิการ. คู่มือการนอนหลับเพื่อสุขภาพที่ดี. กรุงเทพฯ: กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. อัญชลี ชุ่มบัวทอง. คุณภาพการนอนหลับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับและความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ. ว. วิชาการสาธารณสุข 2558; 5: 834-842.
4. สุริรัตน์ ณ วิเชียร. การนอนหลับของผู้สูงอายุในชุมชน. ว. สภาการพยาบาล 2564; 2: 18-31.
5. สนธยา มณีนรัตน์, สัมพันธ์ มณีนรัตน์, พรรณภา เรืองกิจ, ณัฐินี ชั่วชมเขต. คุณภาพการนอนหลับในปัจจัยรอบกวน วิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรอบกวนของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร. ว. จิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต 2564; 11: 10-24.
6. วิทมา ธรรมเจริญ, นิตศันย์ เจริญงาม, ฉายดา ภาโชติคติก, นิตยา ทองหนูน้อย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ. ว. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี 2566; 2: 1-18.
7. กัมปนาท สุรีย์, กุลนิกา สุนันท์ศิริกุล, กิตติยารัตน์ ตันสุวรรณ. คุณภาพของการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุชุมชนเขตเมืองจังหวัดนครสวรรค์. ว.วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3 2565; 19(1): 15-27.
8. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. เพศภาวะกับสุขภาพจิต. ว. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 55: 109-118.
9. นุสรรา ใจซื่อ, อภิญญา ธรรมแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในตำบลหนองแขงอำเภอบ้านแฮดจังหวัดขอนแก่น. ว. วิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2564; 1: 81-94.



10. Feng F, Zhang Y, Hou J, Cai J, Jiang Q, Li X, Zhao Q, Li BA. Can music improve sleep quality in adults with primary insomnia? A systematic review and network meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2018; 77: 189-196.
11. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การนอนหลับอย่างมีคุณภาพ ลดความเสี่ยงโรคและตัวชี้วัดสุขภาพที่ดี [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article/การนอนหลับอย่างมีคุณภาพ-ลดความเสี่ยงโรคและตัวชี้วัดสุขภาพที่ดี>
12. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน. รายงานการเข้ารับบริการ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://jhcis.moph.go.th>
13. Daniel WW. *Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences*. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
14. Hoerger M. Participant dropout as a function of survey length in internet-mediated university studies: implications for study design and voluntary participation in psychological research. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2010; 13(6): 697-700.
15. อรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. ว. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;3: 177-185.
16. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, วรรษุ ตันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ว. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 3: 123-132.
17. สมถวิล วิจิตรวรรณ. สถิติความสัมพันธ์: เลือกใช้อย่างไร. ว.มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ 2565; 2: 11.
18. ลักขณา ชอบเสียง, พันธ์ญา ชันติจิตร, ขนุกกร แก้วมณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุบลราชธานี. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2566; 41: 1-11.
19. กุศลมาลย์ รามศิริ. คุณภาพการนอนหลับปัจจัยที่รบกวน และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.



การสร้างรูปแบบแอโรบิกรำไทยร่วมกับตารางเก้าช่องสำหรับผู้สูงอายุ : โดยใช้เดลฟาย เทคนิค

A CREATION RAM THAI WITH A NINE SQUARE DANCE FOR THE ELDERLY :

A MODIFIED DELPHI TECHNIQUE

Received: March 05, 2024

Revised: April 01, 2024

Accepted: April 28, 2024

ยรรยงค์ พานเพ็ง¹, สังคม พรหมศิริ², จตุรงค์ สว่างวงศ์³, ปรียาวัลย์ ป้องกัน^{4*}

Yanyong Phanpheng¹, Sungkom Promsiri², Jaturong Sawangwong³,

Preeyawan Pongkan^{4*}

บทคัดย่อ

การรำไทยเป็นทางเลือกหนึ่งของกิจกรรมการกระตุ้นกระบวนการเคลื่อนไหวและพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อสร้างรูปแบบแอโรบิกรำไทยร่วมกับตารางเก้าช่องต่อสุขภาพและพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ ด้วยวิธีเดลฟาย เทคนิค (Delphi technique) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 17 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นสื่อวิดีโอตัวอย่างพร้อมกับแบบสอบถามในรูปแบบ Google form ด้วยข้อคำถามปลายเปิดในรอบที่ 1 ต่อมาในรอบที่ 2 และ 3 ใช้แบบสอบถามมาตรฐานค่า 5 ระดับ โดยนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 รอบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่ามัธยฐาน (Median; Mdn) ฐานนิยม (Mode; Mo) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range; IQR) เพื่อหาความสอดคล้องกันของข้อมูล ผลการศึกษา พบว่า ข้อคำถามทั้ง 3 องค์ประกอบ อยู่ในระดับมากที่สุด องค์ประกอบที่ 1 คุณลักษณะของการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกรำไทยร่วมกับตารางเก้าช่อง (Mean = 4.88, S.D. = 0.33, Mdn = 4, Mo = 5, IQR = 1) องค์ประกอบที่ 2 ขั้นตอนการออกกำลังกาย (Mean = 4.76, S.D. = 0.44, Mdn = 5, IQR = 0) และองค์ประกอบที่ 3 การใช้เพลงประกอบและจังหวะดนตรีในการออกกำลังกาย (Mean = 4.82, S.D. = 0.39, Mdn = 4, Mo = 5, IQR = 1) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกร่วมกับตารางเก้าช่องเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายต้นแบบในโรงเรียนผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: เดลฟายเทคนิค, แอโรบิกรำไทย, ตารางเก้าช่อง, พุทธิปัญญา, ผู้สูงอายุ

¹ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

Sports and Exercise Science, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

² สาขานาฏศิลป์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

Dramatic Arts, Faculty of Education, Loei Rajabhat University

³ สาขาวิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

Physical Education, Faculty of Education, Loei Rajabhat University

⁴ โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย

Wangsapung Hospital, Loei Province

*Corresponding author E-mail: noon_pree@hotmail.com



Abstract

The Thai dance exercise is one of the options for stimulating movement and cognitive function in the elderly. The objective of this study is to create a model of Ram Thai with a nine square dance for physical fitness and cognitive function in the elderly, using the Delphi technique. The sample group consisted of 17 qualified individuals selected through purposive random sampling method. The tools used included sample video media along with a Google Form questionnaire with open-ended questions in round 1, followed by rounds 2 and 3 utilizing a Likert scale with 5 levels. For the qualified individuals, data analysis was conducted using median (Mdn), mode (Mo), and interquartile range (IQR) to find the consistency of the data. The study found that all three components of the questionnaire were at the highest level. Component 1, the characteristics of exercising with Ram Thai with a nine square dance (Mean = 4.88, S.D. = 0.33, Mdn = 4, Mo = 5, IQR = 1), Component 2, the exercise steps (Mean = 4.76, S.D. = 0.44, Mdn = 5, IQR = 0), and Component 3, Using background music and music rhythms in exercise (Mean = 4.82, SD = 0.39, Mdn = 4, Mo = 5, IQR = 1). Showed that the Ram Thai with a nine square dance is a prototype exercise activity in elderly school facilities.

Keywords: Delphi technique, Aerobic Ram Thai, Nine-square, Cognitive function, Elderly



บทนำ

ในปัจจุบันประชากรที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้รายงานข้อมูลว่า ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ (Ageing society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.17 และปี พ.ศ. 2564 คาดการณ์ว่า ประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุนิเวศน์” (Super aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทุกอวัยวะตามระบบต่างๆ และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และจิตอารมณ์^(2,3) ในอดีตจนถึงปัจจุบันได้มีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุนำไปสู่ความเสื่อมของร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจของผู้สูงอายุมักฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังคืดไขมัน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง⁽⁴⁾ จากการศึกษาด้านโครงสร้างร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุจะมีจำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น มีผลทำให้ความแข็งแรงและความว่องไวในการเคลื่อนที่ของร่างกายลดลง⁽⁵⁾ ส่งผลทำให้ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี⁽⁶⁾ จนเป็นสาเหตุทำให้ประสบอุบัติเหตุจนได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม สาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ มาจากภาวะบกพร่องในการควบคุมความมั่นคงของการทรงตัว (Postural stability) หรือการทรงตัว (Balance) กล้ามเนื้อขาดความแข็งแรง และมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง^(7,8) จากข้อมูลการศึกษา พบว่า มนุษย์เริ่มพบปัญหาด้านการทรงตัวของร่างกายเมื่ออายุ 40 ปี⁽⁹⁾ และมีการทรงตัวที่ลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ ประสิทธิภาพของการทรงตัว (balance) เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เนื่องจากอาศัยการทำงานจากระบบอวัยวะภายในร่างกายหลายระบบ อันได้แก่ ระบบ somatosensory, visual และ vestibular⁽¹¹⁾ ดังนั้น การกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวร่างกายได้มีการเคลื่อนไหวในทิศทางต่างๆ โดยเฉพาะทำขึ้นจะส่งผลต่อการกระตุ้นการทำงานของตัวรับเชิงกล (mechanoreceptor) บริเวณฝ่าเท้า ข้อต่อกระดูกเข่า และกระดูกสันหลังบริเวณคอ ซึ่งเป็นตำแหน่งที่สำคัญในการกระตุ้นการรับรู้การทรงตัวของร่างกาย⁽¹²⁾

ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าการออกกำลังกายสามารถพัฒนาด้านร่างกาย และระบบต่างๆ ให้ดีขึ้น ช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เมื่ออายุมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการฝึกการเคลื่อนไหวที่มีความหลากหลายจะส่งผลดีต่อสมองส่วนหน้า และระบบลิมบิก ซึ่งเป็นส่วนที่ใช้ในการทำงานด้านพุทธิปัญญาที่มีผลดีขึ้น⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า การไหลเวียนเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงสมองมีปริมาณเพิ่มขึ้นด้วย⁽¹⁴⁾ ซึ่งจากการศึกษาของ Brown D และคณะ⁽¹⁵⁾ ในปี ค.ศ. 2015 พบว่าการออกแบบท่าทางการเดินควรใช้กิจกรรมการเคลื่อนไหวที่มีการเคลื่อนที่ทางด้านข้างเพื่อที่จะกระตุ้นการทำงานของสมองซีกซ้ายและซีกขวา ในขณะที่ Fabre C และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า ++การออก



กำลังกายแบบแอโรบิกผสมผสานการเคลื่อนไหวส่งผลดีต่อการเพิ่มขึ้นของพุทธิปัญญา (cognitive function)

การรำไท้เป็นรูปแบบการเดินรำประจำชาติซึ่งมีการผสมผสานทักษะการเคลื่อนไหวร่วมกับการทรงตัว รูปแบบการเดินมีการใช้การเคลื่อนไหวของร่างกายในทุกๆ ส่วน ทำให้มีการพัฒนาระบบการทรงตัวทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบรับรู้สัมผัส ระบบโครงร่างและระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นผลดีต่อกกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวที่มีความสำคัญต่อการทรงตัว อย่างไรก็ตามการเคลื่อนไหวที่มีประสิทธิภาพต้องมีการสั่งงานของระบบประสาทกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจุบันการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องเป็นที่แพร่หลายในประเทศไทย การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง (square stepping exercise) เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก แรงกระแทกต่ำที่มีการเคลื่อนไหวคล้ายกับการเดินเร็วที่ออกแบบขึ้น ในปี ค.ศ. 2006 ได้มีนักวิจัยชาวญี่ปุ่นชื่อว่า ชิเกะมัทสึ โอคุระ และนาคาโกชิ⁽¹⁷⁾ ได้สร้างรูปแบบการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ และเป็นที่กิจกรรมที่นำมาใช้ส่งเสริมสมรรถภาพร่างกาย และช่วยในเรื่องการทรงตัวเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่แพร่หลายในประเทศญี่ปุ่น โดยผู้ออกกำลังกายต้องจดจำรูปแบบการก้าวเดินตามตารางในรูปแบบต่างๆ ซึ่งมีรูปแบบคล้ายกับการเดินแต่มีลักษณะการเคลื่อนไหวที่หลากหลายทิศทางต่อเนื่องบนเสื่อ ที่มีขนาด 100 x 250 เซนติเมตร ถูกแบ่งออกเป็นช่องตารางขนาด 25 x 25 เซนติเมตร จำนวน 40 ช่อง ซึ่งในประเทศไทยได้มีผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาได้คิดค้น และพัฒนารูปแบบการฝึกตารางเก้าช่องขึ้น โดยศาสตราจารย์ ดร.เจริญ กระบวนรัตน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ด้วยแนวคิดว่าการเคลื่อนไหวรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งหรือหลากหลายรูปแบบอย่างเป็นระบบตามลำดับขั้นตอนจะช่วยให้สมองเกิดการพัฒนได้ โดยมีวัตถุประสงค์เริ่มแรก คือ เพื่อฝึกปฏิบัติการรับรู้ การตอบสนองต่อการเคลื่อนไหว และการประสานสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหว⁽¹⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องสามารถช่วยพัฒนาระบบหัวใจไหลเวียนเลือดและการหายใจ⁽¹⁹⁾ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความคล่องแคล่วว่องไว และเวลาปฏิกิริยา⁽²⁰⁾ อีกทั้งยังช่วยกำหนดจังหวะของการเคลื่อนไหวโดยผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ และการสั่งการของระบบประสาท รูปแบบพื้นฐานของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องทำโดยให้ผู้ฝึกเคลื่อนไหวมือหรือเท้าตามจังหวะเพลงบนตารางที่มีเก้าช่อง โดยเคลื่อนไหวเป็นรูปอักษรต่างๆ เช่น อักษร I, T, V, X, Y, O เป็นต้น ขนาดช่องตารางแต่ละช่องสามารถปรับขนาดให้มีความเหมาะสมกับลักษณะรูปร่างและอายุของผู้ฝึก รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการฝึก โดยควรมีขนาด 15 x 15 ตารางเซนติเมตร ถึง 20 x 20 ตารางเซนติเมตร⁽¹⁸⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวที่เป็นรูปแบบอย่างต่อเนื่องย่อมทำให้ปริมาณความหนักของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น นอกจากเสียงเพลงที่ใช้ประกอบการรำไท้และเป็นตัวแปรที่ช่วยกำหนดความหนักของงานแล้ว การสร้างเงื่อนไขในการกำหนดรูปแบบ



การเคลื่อนไหวยังช่วยกระตุ้นการสั่งการของระบบประสาท กระบวนการคิด วิเคราะห์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการสร้างรูปแบบการออกกำลังกายด้วยเคลฟาย เทคนิค (Delphi technique) โดยการรวบรวมข้อมูล และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาออกแบบแอโรบิกรำไทยร่วมกับตารางเก้าช่องซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบกิจกรรมการออกกำลังกายต้นแบบในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลยจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่ปรากฏข้อมูลการศึกษาด้วยวิธีดังกล่าว ทั้งนี้เมื่อกระบวนการสร้างรูปแบบเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยจะนำรูปแบบแอโรบิกรำไทยร่วมกับตารางเก้าช่องไปทดสอบหาประสิทธิผลของการออกกำลังกายในด้านสุขสมรรถนะและพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ และเผยแพร่กิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสร้างรูปแบบแอโรบิกรำไทยร่วมกับตารางเก้าช่องต่อสุขสมรรถนะและพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ ด้วยวิธีเคลฟาย เทคนิค

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นกระบวนการรวบรวม และสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิด้วยขั้นตอนของเคลฟาย เทคนิค โดยการนำข้อมูลที่ถูกพิจารณาแล้วมาออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยร่วมกับตารางเก้าช่องต่อสุขสมรรถนะและพุทธิปัญญาที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลจะถูกนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจากการตอบแบบสอบถาม เพื่อเป็นการตัดสินใจหรือลงข้อสรุปในประเด็นต่างๆ โดยปราศจากการเผชิญหน้าโดยตรงของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีประสบการณ์ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 17 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive random sampling method) โดยแบ่งผู้ทรงคุณวุฒิออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการระดับอุดมศึกษาด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย จำนวน 13 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเป็นผู้นำออกกำลังกาย จำนวน 2 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนาฏศิลป์หรือการฟ้อนรำ จำนวน 2 คน



ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการสร้างรูปแบบแอโรบิกรำไท้ร่วมกับตารางเก้าช่องต่อสุขสมรรถนะและ
พุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ ด้วยวิธีเดลฟาย เทคนิค ผู้วิจัยแสดงขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจัดทำเป็น
แบบสอบถามในรูปแบบ Google form พร้อมกับสื่อวีดิโอการออกกำลังกายแอโรบิกรำไท้ร่วมกับ
ตารางเก้าช่อง เพื่อประกอบการพิจารณารายละเอียดของขั้นตอนการออกกำลังกาย โดยนำเสนอต่อ
ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 รอบ ดังขั้นตอนต่อไปนี้

รอบที่ 1 แบบสอบถามสำหรับการวิจัยด้วยเดลฟาย เทคนิคเป็นแบบสอบถามปลายเปิด ซึ่งใน
รอบแรกนี้ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรีไม่ชี้นำ ในรอบที่ 2 โดยเป็น
แบบสอบถามปลายปิด แบบประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ซึ่งข้อคำถามที่นำมาใช้จะได้มาจาก
คำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 1 พร้อมทั้งนำแบบสอบถามชุดที่ 2 ไปใช้
กับกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนแรก และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มเติม รวมจำนวน 17 คน ในรอบที่ 3 เป็น
แบบสอบถามปลายปิด แบบประมาณค่า 5 ระดับ จะมีข้อคำถามเหมือนกับแบบสอบถามในรอบที่ 2
ทุกประการ โดยเพิ่มเติมในส่วนของการแสดงค่าสถิติ ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) ที่เป็นกลุ่มคำตอบ
ของผู้ทรงคุณวุฒิ และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) เพื่อแสดงความคิดเห็นที่
สอดคล้องกันของคำตอบที่คำนวณได้จากคำตอบของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิในรอบที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิ
สามารถเปลี่ยนแปลงคำตอบหรือยืนยันคำตอบเดิมของตนได้ ในขั้นตอนสุดท้ายผู้วิจัยนำ
แบบสอบถามรอบสุดท้ายมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เหมือนรอบที่ 2 ผลวิจัยที่
ได้นำเสนอในรูปแบบของเกณฑ์สัมบูรณ์ ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่พัฒนามาจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยทำการสรุปข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์คำตอบของแบบสอบถามทั้ง 3 รอบ
เพื่อนำข้อมูลที่ได้ออกแบบเครื่องมือให้เกิดแนวทางการกำหนดท่าทางการออกกำลังกายด้วยแอโรบิก
รำไท้ร่วมกับตารางเก้าช่องที่มีความเหมาะสม และสามารถนำไปออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัย
และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการศึกษากครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วย
การหาค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard division) เพื่ออธิบายคุณลักษณะและ
คุณสมบัติของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ในขณะที่ค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัย
ระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ใช้วิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อมูลคำตอบแบบประมาณค่า
5 ระดับของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รับรองเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2566 เลขที่
โครงการ H 015/2566 โดยคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ผลการวิจัย

ในงานวิจัยนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 17 คน เป็นเพศชาย 14 คน ค่าเฉลี่ยอายุ 48.5 ปี เพศหญิง 3 คน ค่าเฉลี่ยอายุ 42.6 ปี โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ทรงคุณวุฒิออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการระดับอุดมศึกษาด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย จำนวน 13 คน สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก จำนวน 11 คน ระดับปริญญาโท จำนวน 2 คน ซึ่งในกลุ่มนี้มีผู้ดำรงตำแหน่งทางวิชาการระดับศาสตราจารย์จำนวน 2 คน ระดับรองศาสตราจารย์ จำนวน 3 คน ระดับผู้ช่วยศาสตราจารย์ จำนวน 5 คน และระดับอาจารย์ จำนวน 3 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเป็นผู้นำออกกำลังกายที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยมีประสบการณ์เป็นผู้นำเดินแอโรบิกมาแล้วมากกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนาฏศิลป์หรือการฟ้อนรำที่มีประสบการณ์ด้านการฟ้อนรำ และเป็นผู้นำการออกกำลังกายในชุมชน จำนวน 2 คน นอกจากนี้ ในด้านประสบการณ์ทำงาน หรือระยะเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีประสบการณ์ด้านงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก จำนวน 11 คน เป็นผู้มีความรู้ด้านการเป็นผู้นำเดินแอโรบิก จำนวน 8 คน และมีประสบการณ์ด้านการเป็นผู้นำรื้อฟื้นเอกลักษณ์ประเพณีอื่นๆ จำนวน 12 คน ดังข้อมูลตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ

คุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ	จำนวน 17 คน	
เพศ	ผู้ชาย (14)	ผู้หญิง (3)
ค่าเฉลี่ยอายุ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: S.D.)	48.5 (8.5)	42.6 (6.6)
ระดับการศึกษา (จำนวน: %)		
สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก	9 (52.9%)	2 (11.7%)
สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท	2 (11.7%)	- (0.00%)
สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี	2 (11.7%)	1 (5.8%)
สำเร็จการศึกษาระดับอื่นๆ	- (0.00%)	1 (5.8%)
ตำแหน่งทางวิชาการและการทำงาน (จำนวน: %)		
ระดับศาสตราจารย์	1 (5.8%)	1 (5.8%)
ระดับรองศาสตราจารย์	3 (17.6%)	- (0.00%)
ระดับผู้ช่วยศาสตราจารย์	5 (29.4%)	- (0.00%)



คุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ	จำนวน 17 คน	
ระดับอาจารย์	3 (17.6%)	- (0.00%)
ผู้นำเต้นแอโรบิก	2 (11.7%)	2 (11.7%)
ประสบการณ์ทำงาน หรือระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (จำนวน: %)		
มีประสบการณ์ด้านงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายด้วยการเต้นแอโรบิก	10 (58.8%)	1 (5.8%)
มีประสบการณ์ด้านการเป็นผู้นำเต้นแอโรบิก	6 (35.2%)	2 (11.7%)
มีประสบการณ์ด้านการเป็นผู้นำกรู๊ปเอ็กเซอร์ไซส์ประเภทอื่นๆ	10 (58.8%)	2 (11.7%)

จากข้อมูลการศึกษา พบว่า ข้อพิจารณาแบบสอบถามของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 17 คน ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ข้อมูลมีความสอดคล้องตรงกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล ซึ่งข้อมูลค่าพิสัยควอไทล์เท่ากับ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อความจากแนวคิดของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับค่าพิสัยควอไทล์ และความแตกต่างระหว่างคำมัธยฐานกับฐานนิยมมาสรุปเป็นประเด็นความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการสร้างรูปแบบการออกกำลังกายแอโรบิกรำไท้ร่วมกับตารางเก้าช่องต่อสุขสมรรถนะและพุทธิปัญญาที่ในผู้สูงอายุ ส่วนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความสำคัญในบางประเด็น หากเป็นประโยชน์ผู้วิจัยจะนำมาอภิปรายผลเพื่อให้ข้อมูลการศึกษามีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อคำถามด้านองค์ประกอบของการสร้างรูปแบบการออกกำลังกายแอโรบิกรำไท้ร่วมกับตารางเก้าช่องต่อสุขสมรรถนะและพุทธิปัญญาที่ในผู้สูงอายุมีองค์ประกอบสำคัญอยู่ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) คุณลักษณะของการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกรำไท้ร่วมกับตารางเก้าช่อง 2) ขั้นตอนของการออกกำลังกาย ซึ่งประกอบด้วย ช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงออกกำลังกาย และช่วงผ่อนคลายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และ 3) เพลงประกอบการออกกำลังกาย โดยจะกล่าวถึงจังหวะความเร็วที่เหมาะสมและความชัดเจนของดนตรี ดังข้อมูลตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิด้วยขั้นตอนของเคลฟาย เทคนิค ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

ข้อคำถามด้านองค์ประกอบของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกรำไท้ร่วมกับตารางเก้าช่อง	ค่าระดับการพิจารณา							
	ความเหมาะสม					ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
1. คุณลักษณะของการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกรำไท้ร่วมกับตารางเก้าช่อง	15 (88.23%)	2 (11.76%)	-	-	-	4.88	0.33	มากที่สุด
2. ขั้นตอนการออกกำลังกาย								
2.1 การใช้รูปแบบท่ารำในช่วงอบอุ่นร่างกาย (ประกอบเพลงที่ 1 และ 2)	13 (76.47%)	4 (23.52%)	-	-	-	4.76	0.44	มากที่สุด



ข้อคำถามด้านองค์ประกอบของ รูปแบบการออกกำลังกายด้วยแอโรบิก รำไท้พร้อมกับการรำเกี้ยว	ค่าระดับการพิจารณา					ความเหมาะสม		
	5	4	3	2	1	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
2.2 การใช้รูปแบบท่ารำในช่วงออก กำลังกาย หรือช่วงงาน (ประกอบ เพลงที่ 3, 4, 5, 6, 7, 8)	12 (70.58%)	4 (23.52%)	1 (5.88%)	-	-	4.65	0.61	มากที่สุด
2.3 การใช้รูปแบบการผ่อนคลายและ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (เพลงที่ 9 และ 10)	14 (82.33%)	3 (17.64%)	-	-	-	4.82	0.39	มากที่สุด
3. การใช้เพลงประกอบและจังหวะ ดนตรีในการออกกำลังกาย	14 (82.33%)	3 (17.64%)	-	-	-	4.82	0.39	

จากข้อมูลตารางที่ 2 พบว่า ข้อคำถามด้านองค์ประกอบของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยแอโรบิก รำไท้พร้อมกับการรำเกี้ยวที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 17 คน มีค่าระดับการพิจารณา ความเหมาะสมของรูปแบบการออกกำลังกายตามข้อคำถามทั้ง 3 องค์ประกอบ อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเรียงลำดับรายชื่อ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 คุณลักษณะของการออกกำลังกายด้วยแอโรบิก รำไท้ พร้อมกับการรำเกี้ยว ซึ่งจะกล่าวถึงการนำท่ารำไท้มาใช้ร่วมกับตารางเกี้ยวเพื่อใช้ในการออกกำลังกายได้ง่าย และการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ในการเคลื่อนไหว (ค่าเฉลี่ย = 4.88, ค่า S.D. = 0.33) องค์ประกอบที่ 2 ขั้นตอนการออกกำลังกาย ประกอบด้วย การใช้รูปแบบท่ารำในช่วงอบอุ่นร่างกาย โดยเริ่มต้นด้วยที่ 1 และ 2 โดยกล่าวถึงการเตรียมความพร้อมของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ก่อนเริ่ม การออกกำลังกาย และการเรียงลำดับท่าอบอุ่นร่างกายมีความต่อเนื่องสัมพันธ์กันดี (ค่าเฉลี่ย = 4.76, ค่า S.D. = 0.44) ต่อจากนั้นเข้าสู่การใช้รูปแบบท่ารำในช่วงออกกำลังกาย หรือช่วงงาน โดยให้ ความสำคัญกับท่าทางแอโรบิก รำไท้พร้อมกับการรำเกี้ยวเริ่มจากท่าง่ายแล้วเพิ่มความยากขึ้นเป็น ลำดับ ซึ่งกำหนดเพลงที่ 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 ตามลำดับ และสิ้นสุดด้วยช่วงผ่อนคลายและยืดเหยียด กล้ามเนื้อมัดใหญ่ทำได้เหมาะสม โดยใช้เพลงที่ 9 และ 10 นอกจากนี้ องค์ประกอบที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิยังให้ความสำคัญกับเพลงที่ใช้ประกอบการออกกำลังกายมีจังหวะดนตรีที่ชัดเจน และ ความเร็วของจังหวะดนตรีมีความเหมาะสมในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 4.82, ค่า S.D. = 0.39) สรุปได้ว่าในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ข้อมูลมีความสอดคล้องตรงกัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีการ เปลี่ยนแปลงข้อมูล

จากข้อมูลตารางที่ 3 พบว่า คุณลักษณะของการออกกำลังกายด้วยแอโรบิก รำไท้พร้อมกับการรำ เกี้ยวมีค่าฐานนิยมเท่ากับ 4 ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1 โดยข้อมูล จากผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องกัน ซึ่งในองค์ประกอบต่อมาขั้นตอนการออกกำลังกาย ในขั้นตอน ของการอบอุ่นร่างกาย มีค่าฐานนิยม ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 0



ในช่วงการใช้รูปแบบท่ารำในช่วงออกกำลังกาย หรือช่วงงาน มีค่าฐานนิยม เท่ากับ 5 ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1 และในขั้นตอนของการใช้รูปแบบการผ่อนคลายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ มีค่าฐานนิยม ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 0 ซึ่งทั้ง 3 ช่วงของการออกกำลังกาย พบว่า ข้อมูลมีความสอดคล้องกัน และในประเด็นสุดท้ายการใช้เพลงประกอบ และจังหวะดนตรีในการออกกำลังกายมีค่าฐานนิยม เท่ากับ 4 ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1 โดยพบว่า ข้อมูลมีความสอดคล้องกันตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าฐานนิยม (Mo) ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) แสดงข้อมูล ความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

ข้อคำถามด้านองค์ประกอบของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกรำไทยร่วมกับตารางเก้าช่อง	รอบที่ 2			รอบที่ 3			ความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ
	Mo	Mdn	IQR	Mo	Mdn	IQR	
1. คุณลักษณะของการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกรำไทยร่วมกับตารางเก้าช่อง	4	4	1	4	5	1	สอดคล้อง
2. ขั้นตอนการออกกำลังกาย							
2.1 การใช้รูปแบบท่ารำในช่วงอบอุ่นร่างกาย	4	5	0	5	5	0	สอดคล้อง
2.2 การใช้รูปแบบท่ารำในช่วงออกกำลังกาย หรือช่วงงาน	5	4	0.8	5	4	1	สอดคล้อง
2.3 การใช้รูปแบบการผ่อนคลายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	5	5	0	5	5	0	สอดคล้อง
3. การใช้เพลงประกอบและจังหวะดนตรีในการออกกำลังกาย	4	4	0	4	5	1	สอดคล้อง

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีเคลฟาย เทคนิค โดยการเก็บข้อมูลในรูปแบบ Google form ประกอบกับวิดีโอตัวอย่างการออกกำลังกายแอโรบิกรำไทยร่วมกับตารางเก้าช่อง จำนวน 3 รอบ โดยเนื้อหาข้อคำถาม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก และข้อคำถามย่อยในแต่ละประเด็นรวมทั้งสิ้น 19 หัวข้อในการวิจัยครั้งนี้สามารถกำหนดระยะเวลาและติดตามการตอบข้อมูลกลับได้ตามระยะเวลาที่กำหนดรวมระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปสอดแทรกให้เป็น



ส่วนหนึ่งของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเลย และเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับชุมชนอย่างกว้างขวางมากขึ้น โดยการศึกษาวิจัยสามารถอภิปรายข้อค้นพบ ดังนี้

ข้อคำถามด้านคุณลักษณะของการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกไร้ไทยร่วมกับตารางเก้าช่อง คุณลักษณะเด่นของการออกกำลังกายที่สร้างขึ้นนี้ต้องมีการใช้การเคลื่อนไหวร่างกายภายใต้ข้อจำกัดในตารางเก้าช่อง ดังนั้น ผู้วิจัยได้มีการออกแบบรูปแบบการเคลื่อนไหวให้ผู้สูงอายุสามารถจดจำทิศทางการเคลื่อนที่ได้ง่าย ไม่มีความซับซ้อน เน้นการเคลื่อนไหวที่ใช้กลุ่มกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ โดยมีการเคลื่อนที่ในทิศทางเดียวให้เกิดความเคยชิน และจดจำได้แล้วจึงปรับเปลี่ยนการเคลื่อนที่ในลักษณะเดียวกันในทิศทางย้อนกลับ และค่อยๆ พัฒนาจังหวะของการเคลื่อนที่ให้ยากขึ้นเมื่อทักษะเดิมนั้นเกิดความชำนาญแล้ว ซึ่งจากการศึกษาประเด็นนี้ผู้ทรงคุณวุฒิมีแนวคิดที่สอดคล้องกัน โดยค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 1 ซึ่งสัมพันธ์กับแนวคิดของ Hrudka K. และคณะ⁽²¹⁾ ได้กล่าวถึงการพัฒนา รูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้เพิ่มกิจกรรมที่มีความท้าทายความสามารถ แต่ต้องมีความปลอดภัย ไม่เคลื่อนที่ด้วยจังหวะที่รวดเร็วมากเกินไป

ในองค์ประกอบลำดับต่อมาขั้นตอนการออกกำลังกาย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเมื่อเริ่มการออกกำลังกาย โดยค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 0 แสดงให้เห็นว่า ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อพิจารณาความเห็นที่ตรงกันในการเตรียมความพร้อมของกล้ามเนื้อใหญ่ที่เหมาะสมและเพียงพอ โดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกายแบบเคลื่อนที่ (Dynamic warm up) แล้วต่อด้วยแบบค้างนิ่ง (Static stretching) ซึ่งแนวปฏิบัตินี้มีความสอดคล้องกับขั้นตอนการศึกษาของ Phanpheng Y. และ Laha W.⁽²²⁾ ที่ทำการอบอุ่นร่างกายก่อนที่จะเริ่มออกกำลังกายด้วยกิจกรรมรำไทยกายบริหารในผู้สูงอายุ หลังจากนั้นเริ่มเข้าสู่การออกกำลังกายด้วยแอโรบิกไร้ไทยร่วมกับตารางเก้าช่อง โดยประเด็นข้อคำถามที่มีความเห็นที่สอดคล้องกันได้กล่าวถึงการเรียบเรียงท่าทางโดยเริ่มจากท่าที่ง่ายแล้วเพิ่มความยากขึ้นเป็นลำดับ นอกจากนี้ ท่าที่นำมาใช้ต้องสามารถกระตุ้นการเคลื่อนไหวให้มีระดับความหนักของการออกกำลังกายให้ต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการออกแบบการเคลื่อนไหวโดยสร้างเงื่อนไขในการเคลื่อนที่โดยใช้ตารางเก้าช่องเป็นตัวกำหนดรูปแบบการเคลื่อนที่ทั้งด้านหน้า ด้านหลัง และด้านข้าง ในลักษณะอักษร I, T, V, X, Y, O ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Fabre C. และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกผสมผสานการเคลื่อนไหวส่งผลดีต่อการเพิ่มขึ้นของพุทธิปัญญา (cognitive function) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Brown D. และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า การออกแบบท่าทางการเดินควรใช้กิจกรรมการเคลื่อนไหวที่มีการเคลื่อนที่ทั้งด้านข้างเพื่อที่จะกระตุ้นการทำงานของสมองซีกซ้ายและซีกขวา ซึ่งในประเด็นข้อคำถามได้มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับปรุงรูปแบบการออกกำลังกาย โดยให้พิจารณาจังหวะของการเคลื่อนไหวของเท้าให้ชัดเจน ฝึกให้เกิดความชำนาญในแต่ละเพลง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในขณะเคลื่อนไหวที่สัมพันธ์กันทั้งแขนและขา จากข้อคำถาม



ผู้ทรงคุณวุฒิมีแนวคิดที่สอดคล้องกัน โดยค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 0 ในประเด็นที่กล่าวถึงการเรียงลำดับของท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อทำได้ต่อเนื่องกัน และมีระยะเวลาที่เหมาะสมเพียงพอเพื่อรักษามุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ช่วยป้องกันการเกิดข้อต่อติด หรือมีการสูญเสียหน้าที่ของข้อต่อในวัยผู้สูงอายุ⁽²³⁾

ในองค์ประกอบสุดท้ายเรื่องการใช้เพลงประกอบและจังหวะดนตรีในการออกกำลังกาย เพลงเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สร้างความเพลิดเพลินในขณะที่ออกกำลังกาย ผู้วิจัยได้คัดเลือกเพลงที่ใช้ประกอบท่ารำโดยพิจารณาจากจังหวะความเร็วของเพลง มีจังหวะที่สนุกสนานเพลงเป็นที่นิยมและผู้ที่มีความคุ้นชินสามารถจดจำจังหวะได้ง่าย⁽²⁴⁾ จากข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นนี้ได้กล่าวถึงการใช้ความเร็วของเพลงส่งผลต่อความหนักของการออกกำลังกาย ควรจัดลำดับเพลง ช้า-เร็ว สลับกันจะเกิดประโยชน์ต่อระบบหัวใจได้ดีกว่า โดยในช่วงออกกำลังกาย หรือช่วงงานผู้วิจัยได้กำหนดความเร็วของจังหวะดนตรีอยู่ระหว่าง 80–125 จังหวะต่อนาที ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวให้กระฉับกระเฉงมากขึ้น และจังหวะช้าลงในขั้นตอนผ่อนคลายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับจังหวะการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยได้กำหนดเงื่อนไขในการควบคุมการเคลื่อนไหวโดยใช้ตารางเก้าช่องในการกำหนดระยะของการเคลื่อนที่ เพื่อกระตุ้นจังหวะการเคลื่อนไหวให้เกิดความสมดุลขณะเคลื่อนไหวในทิศทางต่างๆ ดังข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า การใช้จังหวะของท่ารำควรเริ่มจากทักษะการรำไทยด้วยท่าทางที่ง่ายไปสู่ท่าที่ยากขึ้น แต่ต้องให้ผู้สูงอายุฝึกจนเกิดความชำนาญแล้วค่อยปรับเปลี่ยนจังหวะความเร็วหรือความยากของท่าให้เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงถือได้ว่าการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกร่วมกับตารางเก้าช่องสามารถนำมาเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายต้นแบบในโรงเรียนผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. รูปแบบการออกกำลังกายด้วยแอโรบิกรำไทยร่วมกับตารางเก้าช่องสามารถสอดแทรกให้เป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. ผู้นำการออกกำลังกายในชุมชน หรือโรงเรียนผู้สูงอายุสามารถนำรูปแบบการออกกำลังกายไปเผยแพร่และจัดเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ



ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 17 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์นำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการสร้างรูปแบบออกกำลังกายด้วยแอโรบิกรำไทยร่วมกับตารางเก้าช่อง: กิจกรรมต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ และขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ปีงบประมาณ 2566 (รหัสโครงการวิจัย 181400) จัดสรรงบประมาณโดยสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
2. Helmes E, Brown J. Does Exercise in Older Adult Predict Problem Solving? The Role of Personality. *Advances in Aging Research*, 2016; 5: 41-8.
3. World Health Organization. World report on ageing and health. World Health Organization; 2015.
4. Pescatello L, Arena R, Riebe D, Thompson P. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
5. Garam J, Kimball BR, Lee Y. Effects of 12-week combined exercise program on self-efficacy, physical activity level, and health related physical fitness of adults. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 2018; 14(2): 175-182.
6. Anna B, Catherine L, Bret G, Tamara H, Steve K, Michael N, Toni P, Miles M, Marjolein V. Strength and muscle quality in a well-functioning cohort of older adult: The health, aging and body composition study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003; 51(3): 323-330.
7. Patel BB, Holland NW. Mild cognitive impairment: hope for stability, plan for progression. *Cleve Clin J Med*, 2012; 79(12): 857-64.
8. Rees G, Xie J, Holloway EE, Sturrock BA, Fenwick EK, Keeffe JE. Identifying distinct risk factors for vision specific distress and depressive symptoms in people with vision impairment. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2013; 54(12): 7431-8.
9. American College of Sports Medicine. Position stands on the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 1998; 30: 975-91.



10. Abrahamova D, Hlavacka F. Age-related changes of human balance during quiet stance. *Physiol Res*, 2008; 57(6): 957-964.
11. Bieryla KA and Dold NM. Feasibility of wii fit training to improve clinical measures of balance in older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 2013; 8: 775-781.
12. Lord SR, and Menz HB. Visual contributions to postural stability in older adults. *Gerontology*, 2000; 46(6): 306-310.
13. Delis DC, Lucus JA, Kopelman MD. Memory. In B.S. Fogel, Schiffer & S.M. Rao (Ed), *Synopsis of neuropsychiatry*, 2000; 169-191.
14. Colcombe SJ, Erickson KI, Scalf PE, Kim JS, Prakash R, McAuley E, Kramer AF. Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2006; 61(11): 1166-1170.
15. Brown D, Spanjers K, Atherton N, Lowe J, Stonehewer L, Bridle C, Lamb SE. Development of an exercise intervention to improve cognition in people with mild to moderate dementia: *Dementia and Physical Activity (DAPA) Trial*, registration ISRCTN32612072. *Physiotherapy*, 2015; 101(2): 126-134.
16. Fabre C, Chamari K, Mucci P, Masse BJ, Prefaut C. Improvement of cognitive function by mental and/or individualized aerobic training in healthy elderly subject. *International Journal of Sports Medicine*, 2002; 23: 415-421.
17. Shigematsu R and Okura T. A novel exercise for improving lower-extremity functional fitness in the elderly. *Aging Clin Exp Res*. 2006;18(3): 242-8.
18. Krabuanratana C. The 9-square exercise and brain development. Bangkok: Grand Sport Group; 2007.
19. Junprasert S, Toonsiri C, Chalaem T, ChooJun N, Kirdn- oil P, Songprasert A. Impact of nine-square Thai dancing on elderly people's health. *Thai J Nurs Coun*, 2013; 28: 60-80.
20. Ronnarithivichai C, Thaweeboon T, Petchpansri S, Suji- jantarat R, Boonchan N, Kridiborworn C. The evaluation of physical fitness before and after 9-square-table aerobic exercise and rubber ring stretching of elders in the health promotion program for the elderly, Faculty of Nursing, Mahidol University. *J Nurs Sci*, 2009; 27: 68-76.
21. Hruda K, Hicks A, McCartney N. Training for Muscle Power in Older Adults: Effects on Functional Abilities. *Can J Appl Physiol*, 2003; 28(2): 178-189.



22. Phanpheng Y, and Laha W. The Efficiency of Thai Rhythm Calisthenics Movement on Salivary Alpha-Amylase and Health Performance in the Elderly. *International Journal of Kinesiology and Sports Science*, 2023; 11(2): 25-34.
23. Young Ran Yeun. Effectiveness of resistance exercise using elastic bands on flexibility and balance among the elderly people living in the community: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Physical Therapy Science*, 2017; 29: 1695-1699.
24. Satoh M, Ogawa JI, Tokita T, Nakaguchi N, Nakao K, Kida H, Tomimoto H. The effects of physical exercise with music on cognitive function of elderly people: Mihama-Kiho project. *PloS one*, 2014; 9(4): e95230.



การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ร่วมกับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สามมิติทางทันตกรรม ช่วยในการวางแผนใส่รากฟันเทียม

DENTAL CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY AND COMPUTER-ASSISTED DENTAL IMPLANT PLANNING AND SURGERY

Received: March 08, 2024

Revised: March 28, 2024

Accepted: May 08, 2024

กัญญวลัย ศรีสวัสดิพงษ์^{1*}

Kanyawan Srisawatphong^{1*}

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันการใส่รากฟันเทียมเป็นทางเลือกที่ดีในการทดแทนฟันที่สูญเสียไป การรักษาทางทันตกรรมรากเทียมต้องมีการวางแผนที่ดีเพื่อให้เกิดผลสำเร็จในระยะยาว การฝังรากฟันเทียมแบบดั้งเดิมด้วยมือเปล่า หากทันตแพทย์ไม่มีความชำนาญอาจจะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น อันตรายต่ออวัยวะสำคัญ ตำแหน่งของรากฟันเทียม และตำแหน่งของครอบฟันที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดแรงกระทำต่อรากฟันเทียมมากเกินไปจนทำให้เกิดความเสียหายต่อรากฟันเทียม และสิ่งประดิษฐ์บนรากฟันเทียมได้ ดังนั้น การวางแผนการปลูกฝังรากฟันเทียมโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สามมิติทางทันตกรรม และภาพดิจิทัลจากการถ่ายภาพฟันในช่องปากจะช่วยวางแผนจำลองตำแหน่งของการฝังรากฟันเทียม เลือกขนาดรากฟันเทียม รูปร่างและตำแหน่งของครอบฟัน เลือกขนาดรากฟันเทียม และออกแบบตัวนำเจาะสัลยกรรมดิจิทัล บทความนี้ รายงานการรักษาผู้ป่วยที่รับบริการฝังรากฟันเทียม โดยการวางแผนปลูกฝังรากฟันเทียมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ และใช้ตัวนำเจาะสัลยกรรมดิจิทัลในขั้นตอนการผ่าตัดกระดูกและขยายกระดูก และการใส่ครอบฟันเซรามิกที่ยึดด้วยสกรูจากเทคโนโลยีเคแคม ภายหลังการรักษา ผู้ป่วยสามารถใช้ครอบฟันบนรากฟันเทียมได้ดี ไม่พบการอักเสบรอบรากเทียมและอาการโยก และให้คำแนะนำผู้ป่วยในการทำมาสะอาดบริเวณรากฟันเทียม

คำสำคัญ: เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สามมิติทางทันตกรรม, การวางแผนใส่รากฟันเทียมด้วยระบบคอมพิวเตอร์, ตัวนำเจาะสัลยกรรมดิจิทัล, รากฟันเทียม

¹ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

¹ Dental Department, Sirindhorn Hospital, Khon Kaen

*Corresponding author E-mail: kikydody@gmail.com



Abstract

Dental implant placement is the good choice for tooth substitution. Key factors for long-term success rate are proper planning of the ideal implant position. In the conventional free-hand dental implant placement surgery, if the dentist does not have the expertise, it may cause unwanted side effects such as damaging to the vital structures. Improper position of dental implant and crown can cause a mechanical overload resulting in fracture of implant and restoration. Therefore, the use of computer software, dental cone beam computed tomography and digital file from intra-oral scanner help to planning precise implant position, size of implant, shape and position of the restoration, and design digital surgical drill guide. This case report presents a patient who received a computer-assisted implant planning and surgery with the use of digital surgical drill guides during all drilling bone sequences except step of implant placement. Finally, insertion of screw retained all ceramic crown fabricated with CAD/CAM technology. After treatment, the patient can use crown on dental implant very well. There was no sign of peri-implantitis and mobility and advise patient to cleaning implant area.

Keywords: Dental cone beam computed tomography, Computer-assisted implant planning, Digital Surgical Drill guide, Dental Implant



บทนำ

ในปัจจุบันการใส่รากฟันเทียมเป็นที่นิยมมากขึ้นในการทดแทนฟันที่สูญเสียไป ด้วยผลสำเร็จของการรักษาที่สูงขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบดเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถใช้ทดแทนฟันที่สูญเสียไปบางส่วนจนถึงทั้งปาก หรือใช้เป็นหลักยึดสำหรับฟันเทียมทั้งปาก นอกจากนี้รากฟันเทียมยังช่วยคงสภาพของกระดูกเบ้าฟันซึ่งมักเกิดการสลายตัวภายหลังการถอนฟัน⁽¹⁾ การรักษาทางทันตกรรมรากเทียมต้องมีการวางแผนตำแหน่งของรากฟันเทียมที่ดี เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในระยะยาว การฝังรากฟันเทียมแบบดั้งเดิมด้วยมือเปล่า (Conventional free-hand dental implant placement surgery) หากทันตแพทย์ไม่มีความชำนาญอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ตำแหน่งของรากฟันเทียม และตำแหน่งของครอบฟันที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดแรงกระทำต่อรากฟันเทียมมากเกินไป จนทำให้เกิดความเสียหายต่อรากฟันเทียมและสิ่งประดิษฐ์บนรากฟันเทียมได้ รากฟันเทียมทำอันตรายต่ออวัยวะสำคัญ เช่น เส้นเลือด เส้นประสาท โพรงอากาศแมกซิลลารี⁽²⁻⁴⁾ จึงได้มีการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ร่วมกับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สามมิติทางทันตกรรม (Computer-assisted implant surgery) มาช่วยในการวางแผนใส่รากฟันเทียม เพื่อลดผลข้างเคียงดังกล่าว โดยถ่ายทอดการวางแผนตำแหน่งของรากฟันเทียมมายังตัวนำเจาะศัลยกรรมดิจิทัล⁽⁵⁾

การวางแผนการรักษารากฟันเทียมในการศึกษานี้ จะใช้ภาพรังสีดิจิทัลสามมิติจากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ลำแสงทรงกรวยสำหรับงานทันตกรรม (Dental CBCT) หรือเครื่องเดนตีสแกน (DentiiScan)⁽⁶⁾ และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เดนตีแพลน (DentiPlan) รับข้อมูลภาพสามมิติในรูปแบบไดคอม (DICOM) มาแสดงภาพตัดขวางในมุมมองต่างๆ⁽⁷⁾ ร่วมกับการนำเข้าข้อมูลจากเครื่องถ่ายภาพฟันภายในช่องปาก (Intra-oral scanner) บันทึกรายละเอียดของฟันและเนื้อเยื่อในช่องปาก หรือจากการถ่ายภาพฟันแบบจำลองศึกษา (Study model) ด้วยเครื่องสแกนนอกช่องปาก (Extra-oral scanner) ได้เป็นแบบจำลองศึกษาดิจิทัลสามมิติ เพื่อใช้วางแผนจำลองตำแหน่งของการฝังรากฟันเทียม รูปร่างและตำแหน่งของครอบฟัน เลือกขนาดรากฟันเทียม และออกแบบตัวนำเจาะศัลยกรรมดิจิทัล (Digital surgical drill guide) จากนั้นส่งออกข้อมูลสามมิติ และแผนการผ่าตัดในรูปแบบไฟล์เอสทีแอล (Stereolithography: STL) เพื่อขึ้นรูปแบบจำลองสามมิติ และผลิตตัวนำเจาะศัลยกรรม นำไปใช้ในการผ่าตัดกรอเจาะ และกรอขยายกระดูก เพื่อปลูกฝังรากฟันเทียมให้ได้ตามตำแหน่งที่ต้องการ^(1,7-10)

พยาธิสรีระวิทยาของโรค

การรักษาทางทันตกรรมรากเทียม เป็นทางเลือกใหม่ในการทดแทนฟันที่ถูกถอนออกไป โดยการนำวัสดุที่ไม่ทำปฏิกิริยากับร่างกายมาปลูกฝังในกระดูกขากรรไกร เพื่อให้เกิดการเชื่อมประสานกันระหว่างวัสดุและกระดูก (Osseointegration) โดยไม่มีส่วนของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันกลาง วัสดุที่ใช้



ในการทำรากฟันเทียมต้องมีคุณสมบัติทางกลที่เหมาะสม และต้องมีความเข้ากันได้ทางชีวภาพ (Biocompatibility) กับร่างกาย เนื่องจากส่วนของรากฟันเทียมจะถูกปลูกฝังในกระดูก เพื่อใช้รองรับชิ้นงานทางทันตกรรมประดิษฐ์ เช่น ครอบฟัน สะพานฟัน ฟันเทียมทั้งปาก หรือบางส่วนถอดได้⁽¹⁾

ในการวางแผนการรักษาด้วยรากฟันเทียม ควรพิจารณา^(1,11)

- การประเมินใบหน้าที่ผู้ป่วยและการวิเคราะห์รอยยิ้ม รูปทรงของใบหน้า ความสมมาตรของใบหน้า มิติแนวตั้งของใบหน้าส่วนล่าง เส้นแนวกลางใบหน้า ระนาบการสบฟัน คำรูปของริมฝีปาก และตำแหน่งของริมฝีปากบนในขณะยิ้ม ซึ่งมีผลต่อการใช้งาน และความสวยงามของผู้ป่วย

- ใบโอบีโอฟของเหงือกที่อยู่โดยรอบตำแหน่งที่ปลูกฝังรากเทียม เหงือกที่มีใบโอบีโอฟหนาจะมีเหงือกยึดหนา และกว้างทำให้สามารถต้านทานต่อแรงที่มากระทำ ช่วยลดปัญหาเหงือกกร่นในระยะยาว แต่เป็นการยากที่จะสร้างเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน ส่วนผู้ป่วยที่มีเหงือกบางจะทำให้ครอบฟันที่ได้สวยเป็นธรรมชาติมากที่สุด ถ้าสภาพเหงือกมีความสมบูรณ์แข็งแรง และมีกระดูกที่รองรับรากเทียมเพียงพอ

- ลักษณะของสันเหงือกส่วนเหลือในตำแหน่งที่ปลูกฝังรากฟันเทียม ความสำเร็จในการทดแทนฟันที่สูญเสียไป 1 ซี่ด้วยรากฟันเทียม ขึ้นอยู่กับลักษณะของสันเหงือก รวมถึงลักษณะของเหงือกและฟันข้างเคียง นอกจากนี้ ยังต้องพิจารณาถึงความกว้างของสันเหงือก รากฟันเทียมควรปลูกอยู่ในตำแหน่งกึ่งกลางสันเหงือก และมีกระดูกล้อมรอบอย่างน้อย 1-2 มิลลิเมตร ซึ่งตำแหน่งรากเทียมควรอยู่ห่างจากฟันธรรมชาติ 1.5-2.5 มิลลิเมตร โดยขอบบนสุดของรากเทียมชนิดเสมอขอบกระดูกควรอยู่ต่ำกว่ารอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟันของฟันข้างเคียง 2-3 มิลลิเมตร และควรมีความหนาของกระดูกด้านริมฝีปากอย่างน้อย 2-3 มิลลิเมตร ในกรณีที่แป้นรากเทียมทดแทนฟันกรามสันเหงือกควรมีขนาดไม่ต่ำกว่า 9 มิลลิเมตร หากสันเหงือกมีความกว้างไม่เพียงพอ จำเป็นต้องปลูกกระดูกก่อนการปลูกฝังรากเทียม กรณีปลูกรากเทียมหลายราก แต่ละรากควรห่างกันอย่างน้อย 3 มิลลิเมตร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนในช่วงปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ 01/2567 รับรอง ณ วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยสถานภาพสมรส อายุ 58 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการสำคัญ คือ ได้รับการถอนฟันมาประมาณ 1 ปี เพราะฟันผุนจนไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ ต้องการใส่ฟันเทียมชนิดติดแน่นที่รองรับด้วยรากฟันเทียม

ประวัติทางการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาเป็นประจำ ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติทางทันตกรรม พบว่า เคยได้รับการถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินน้ำลาย

การตรวจภายนอกช่องปาก พบว่า บริเวณศีรษะ ใบหน้า และขากรรไกรมีลักษณะปกติ ใบหน้าสมมาตร ไม่มีอาการปวดจากการคลำกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ไม่มีเสียงคลิกบริเวณข้อต่อขากรรไกรและสามารถอ้าปากได้ปกติ (รูปที่ 1)

การตรวจภายในช่องปาก พบว่า เนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากและลิ้นปกติ อนามัยช่องปากของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง มีหินน้ำลายและเหงือกอักเสบเล็กน้อย ไม่พบร่องลึกปริทันต์ พบสันเหงือกไร้ฟันตำแหน่งฟันซี่ 44 มีลักษณะปกติ ไม่พบการอักเสบหรือการบวม เหงือกยึดหนาและกว้าง การสบฟันเป็นประเภทที่ 1 (รูปที่ 2)

การวินิจฉัยโรค บริเวณซี่ 44 เป็นสันเหงือกไร้ฟัน (Edentulous area) และให้การรักษาโดยการปลูกฝังรากฟันเทียม และครอบฟันบนรากฟันเทียม โดยมีขั้นตอนการรักษา ดังต่อไปนี้



รูปที่ 1 แสดงลักษณะใบหน้าด้านหน้าของผู้ป่วยก่อนการรักษา

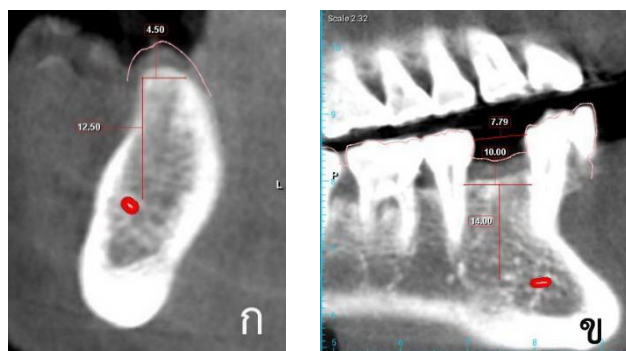
การรักษาครั้งที่ 1 หลังจากการซักประวัติ ตรวจภายนอกและภายในช่องปากเรียบร้อยแล้ว ทำการถ่ายภาพทั้งภายนอกและภายในช่องปาก ถ่ายภาพรังสีส่วนตัดด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ลำแสงทรงกรวยสำหรับงานทันตกรรม (DentiiScan) ร่วมกับการบันทึกรายละเอียดของฟันและเนื้อเยื่อในช่องปากด้วยเครื่องถ่ายภาพฟันผิวภายในช่องปาก ใช้โปรแกรมซอฟต์แวร์เดนติแพลน (DentiPlan) เพื่อใช้วางแผนเลือกขนาดรากฟันเทียม ตำแหน่งของรากฟันเทียม โดยจำลองการฝังรากฟันเทียมจากคลังข้อมูลรากฟันเทียม เลือกยี่ห้อ และขนาดของรากฟันเทียมที่ต้องการจากคลังข้อมูลของซอฟต์แวร์ วางแผนรูปร่างและตำแหน่งของครอบฟัน และออกแบบตัวนำเจาะสัลยกรรมดิจิทัล



จากภาพถ่ายรังสีสามมิติทางทันตกรรม พบว่า สันกระดูกบริเวณซี่ 44 มีขนาดความกว้างในแนวแก้มลิ้น 4.5 มิลลิเมตร (รูปที่ 3 ก.) ความกว้างในแนวใกล้กลางไกลกลาง 10 มิลลิเมตร มีความสูง 12.5 มิลลิเมตร (รูปที่ 3 ข.) เลือกรากฟันเทียมยี่ห้อ โนเว็ม (NOVEM) ของบริษัท โนเว็ม อินโนเวชั่น จำกัด เป็นรากฟันเทียมชนิดเสมอขอบกระดูก ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4.2 มิลลิเมตร ความยาว 10 มิลลิเมตร วางตำแหน่งของรากฟันเทียมให้อยู่กึ่งกลางสันกระดูก มีระยะห่างจากขอบกระดูกและฟันข้างเคียงอย่างเหมาะสม และออกแบบรูปร่างและตำแหน่งของครอบฟันอย่างเหมาะสม (รูปที่ 4) เมื่อได้ตำแหน่งที่เหมาะสมแล้วจึงทำการออกแบบตัวนำเจาะสัลยกรรม (รูปที่ 5 ก.) และผลิตตัวนำเจาะสัลยกรรมด้วยการพิมพ์แบบสามมิติ (รูปที่ 5 ข.)

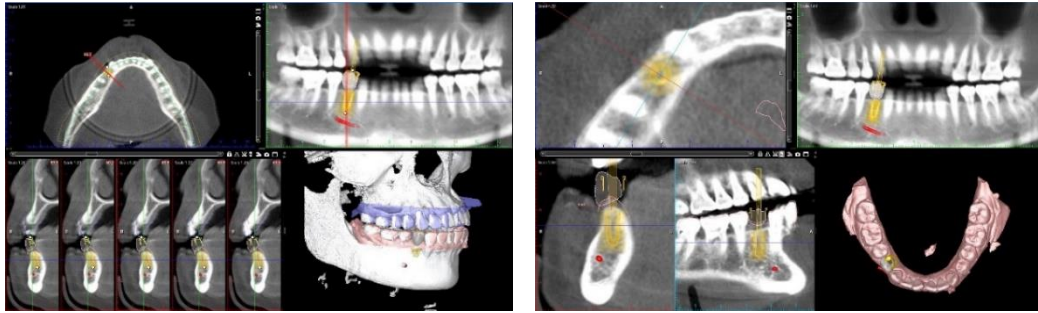


รูปที่ 2 แสดงลักษณะภายในช่องปากของผู้ป่วยก่อนการรักษา

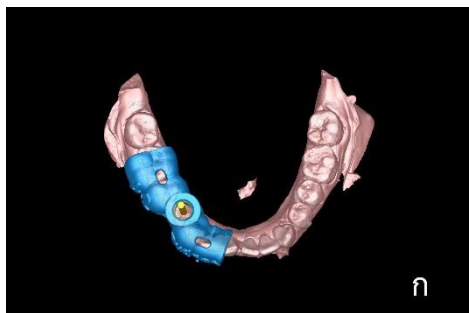


รูปที่ 3 ก. แสดงลักษณะความกว้างในแนวแก้มลิ้นและความสูงของสันกระดูกบริเวณซี่ 44

รูปที่ 3 ข. แสดงลักษณะความกว้างในแนวใกล้กลางและไกลกลางของสันกระดูกบริเวณซี่ 44



รูปที่ 4 แสดงการวางแผนตำแหน่งของรากฟันเทียมให้อยู่กึ่งกลางสันกระดูก และการออกแบบรูปร่างและตำแหน่งของครอบฟันบนรากฟันเทียม



รูปที่ 5 ก. แสดงการออกแบบตัวนำเจาะสัลยกรรมดิจิทัล

รูปที่ 5 ข. แสดงตัวนำเจาะสัลยกรรมจากการพิมพ์สามมิติ

การรักษาครั้งที่ 2 ตรวจสอบความเรียบร้อยของตัวนำเจาะสัลยกรรม และลองตัวนำเจาะสัลยกรรมทุกชิ้นในช่องปาก เมื่อตัวนำเจาะแนบสนิททุกชิ้นแล้ว จึงทำการฉีดยาชาและเปิดแผ่นเหงือกแบบแผ่นเนื้อเยื่อเต็มส่วน (Full thickness flap) ให้กว้างเพียงพอ และไม่ขัดขวางการใส่ตัวนำเจาะสัลยกรรม เริ่มจากการกรอเจาะนำร่องด้วยหัวเจาะขนาดเล็ก ตามด้วยหัวเจาะนำทาง และหัวเจาะขยายขนาด (เส้นผ่าศูนย์กลาง 2.0, 2.8 และ 3.4 มิลลิเมตร ตามลำดับ) ที่ความเร็วรอบ 1,200 รอบต่อนาที แรงบิดที่ 35 นิวตัน ที่ความลึก 10 มิลลิเมตร ระวังไม่ให้หัวเจาะกรอถูกปดล็อกโลหะ (Sleeve) เพราะจะทำให้แนวของการกรอเจาะกระดุกผิดไป ใช้อุปกรณ์ตรวจสอบทิศทางของรูเจาะ ทำการตรวจแนวแกนของรูที่เจาะเปรียบเทียบกับแนวแกนของฟันข้างเคียงทั้งแนวใกล้กลางไกลกลาง และแนวแก้มลิ้น ทุกระยะของการเจาะกระดุก หัวกรอเจาะขยายกระดุกหัวสุดท้ายที่ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3.8 มิลลิเมตร ที่ความเร็วรอบ 800 รอบต่อนาที แรงบิดที่ 35 นิวตัน ที่ความลึก 10 มิลลิเมตร ใช้อุปกรณ์ตรวจสอบทิศทางของรูเจาะ และถ่ายภาพรังสีรอบปลายราก เพื่อตรวจสอบแนวแกนการเจาะรู

จากนั้นทำการใส่รากฟันเทียมขนาด 4.2 x 10 มิลลิเมตร ลงในรูที่เจาะไว้ด้วยความเร็วรอบ 30 รอบต่อนาที หมุนตามเข็มนาฬิกา แรงบิดที่ 35 นิวตัน ร่วมกับการใช้ประแจขันด้วยมือต่อจนขอบของ



รากฟันเทียมเสมอขอบกระดูก (รูปที่ 6) ถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากฟันเพื่อตรวจสอบแนวแกนการใส่รากฟันเทียม เมื่อรากฟันเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องแล้ว ทำการใส่หลักยึดช่วยการหายของแผล (Healing cap) ตรวจสอบการสบฟันไม่ให้สัมผัสหลักยึดช่วยการหายของแผล จากนั้นทำการเย็บแผล โดยเว้นบริเวณหลักยึดช่วยการหายของแผลไว้ ถ่ายภาพรังสีรอบปลายราก (รูปที่ 7) นัดตรวจแผลและตัดไหม 1 สัปดาห์ และรอรากฟันเทียมเชื่อมประสานกับกระดูกเป็นเวลา 4 เดือน



รูปที่ 6 แสดงขอบของรากฟันเทียมเสมอขอบกระดูก



รูปที่ 7 แสดงการใส่หลักยึดช่วยการหายของแผล

การรักษาครั้งที่ 3 ภายหลังการผ่าตัดปลูกฝังรากฟันเทียมเป็นเวลา 4 เดือน ตรวจดูเหงือกโดยรอบ พบว่า ไม่มีอาการบวม ไม่มีอาการโยก ทำการถอดหลักยึดช่วยการหายของแผลออก ใช้เครื่องถ่ายภาพฟันภายในช่องปาก บันทึกการเปลี่ยนแปลงของช่องเหงือก ฟันข้างเคียง และเนื้อเยื่อในช่องปาก จากนั้นจึงใช้ตัวสแกน (Scan body) ต่อเข้ากับส่วนฟิกซ์เจอร์ แล้วใช้เครื่องถ่ายภาพฟันภายในช่องปาก บันทึกการเปลี่ยนแปลงบริเวณที่ต้องการบูรณะอีกครั้ง (รูปที่ 8) เพื่อนำไปออกแบบครอบฟันบนรากฟันเทียม และสร้างชิ้นงานครอบฟันจากเทคโนโลยีแคดแคม เป็นครอบฟันเซรามิกเซอร์โคเนียที่ยึดด้วยสกรู โดยออกแบบให้ห่างจากฟันข้างเคียง 50 ไมครอน และห่างจากฟันคู่สบ 30 ไมครอน เพื่อให้สัมผัสแบบแผ่วเบา (Light contact) ใส่หลักยึดช่วยการหายของแผลกลับเข้าที่ เพื่อรักษาสภาพช่องเหงือกและนัดกลับมาใส่ครอบฟัน



รูปที่ 8 แสดงการต่อตัวสแกนและถ่ายภาพพื้นผิวในช่องปากเพื่อนำไปออกแบบครอบฟัน

การรักษาครั้งที่ 4 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของครอบฟัน แนวการใส่ครอบฟัน และสกรูให้เรียบร้อย จึงถอดหลักยึดช่วยการหายของแผล นำครอบฟันมาลองในปาก ตรวจสอบความแน่นของด้านประชิด ตรวจสอบคูสีของเหงือกโดยรอบปกติ ไม่ซีด ตรวจสอบจุดสบในตำแหน่งในศูนย์ให้สัมพันธ์แบบแผ่วเบา และไม่ให้มีการสบในตำแหน่งสบนอกศูนย์ และต้องระวังไม่ให้จุดสบบ่อยบนรูสกรู ทำการขันสกรูให้หลักยึดติดแน่นกับรากฟันเทียมด้วยไขควงจนตึงมือ จากนั้นใช้ประแจ (Torque driver) ขันแน่นด้วยแรงบิด 35 นิวตันเซนติเมตร รอบประมาณ 10 นาที เพื่อให้เกิดการคืนรูปของสกรู ทำการขันสกรูซ้ำอีกครั้งด้วยแรงบิด 35 นิวตันเซนติเมตร จากนั้นปิดช่องว่างภายในหลักยึดด้วยเทปพันเกลียว ปิดรูสกรูด้วยวัสดุอุดคอมโพสิต ตรวจสอบการสบฟันซ้ำอีกครั้ง และถ่ายภาพรังสีรอบปลายราก (รูปที่ 9)



รูปที่ 9 แสดงการใส่ครอบฟันบนรากฟันเทียมซี่ 44

การรักษาครั้งที่ 5 การติดตามผลการรักษาหลังการใส่ครอบฟันเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยสามารถใช้งานครอบฟันบนรากฟันเทียมซี่ 44 ได้ดี ไม่มีอาการโยก ไม่พบการอักเสบรอบรากฟันเทียม ลักษณะขอบเหงือกครอบรากฟันเทียมเป็นปกติ แต่พบคราบจุลินทรีย์รอบรากฟันเทียม จึงแนะนำการดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก และครอบรากฟันเทียมอีกครั้ง



สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยสถานภาพสมรส อายุ 58 ปี ภูมิลำเนา ตำบลในเมือง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการสำคัญ คือ ได้รับการถอนฟันมาประมาณ 1 ปี เพราะฟันผุจนไม่สามารถเก็บไว้ได้ ต้องการใส่ฟันเทียมชนิดติดแน่นที่รองรับด้วยรากฟันเทียม มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง รับการรักษาประจำที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ปฏิเสธการแพ้ยา ความดันโลหิต 124/88 mmHg น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร การตรวจภายในช่องปาก พบว่า เนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากและลิ้นปกติ อนามัยช่องปากของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง มีหินน้ำลายและเหงือกอักเสบเล็กน้อย ไม่พบร่องลึกปริทันต์ พบสันเหงือกไร้ฟันตำแหน่งฟันซี่ 44 มีลักษณะปกติ ไม่พบการอักเสบหรือการบวม เหงือกยึดหนาและกว้าง การสบฟันเป็นประเภทที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยว่า บริเวณซี่ 44 เป็นสันเหงือกไร้ฟัน ให้การรักษาโดยการปลูกฝังรากฟันเทียม และครอบฟันบนรากฟันเทียม ที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

จากภาพถ่ายรังสีสามมิติทางทันตกรรม พบว่า สันกระดูกบริเวณซี่ 44 มีขนาดความกว้างในแนวแก้มลิ้น 4.5 มิลลิเมตร ความกว้างในแนวใกล้กลางไกลกลาง 10 มิลลิเมตร มีความสูง 12.5 มิลลิเมตร จึงเลือกรากฟันเทียมยี่ห้อ โนวีม (NOVEM) เป็นรากเทียมชนิดเสมอขอบกระดูก ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4.2 มิลลิเมตร ความยาว 10 มิลลิเมตร ทำการผ่าตัดฝังรากฟันเทียมในวันที่ วันที่ 24 พฤศจิกายน 2564 โดยใช้ตัวนำเจาะสัลยกรรมดิจิทัล รอรากฟันเทียมเชื่อมประสานกับกระดูกเป็นเวลา 4 เดือน จากนั้นใช้ตัวสแกนต่อเข้ากับส่วนฟิกซ์เจอร์ แล้วใช้เครื่องถ่ายฟันผิวภายในช่องปากบันทึกรายละเอียด เพื่อออกแบบครอบฟันเซรามิกเซอร์โคเนียที่ยึดด้วยสกรู จากนั้นนัดผู้ป่วยกลับมาใส่ครอบฟันในวันที่ 28 มีนาคม 2565 และนัดกลับมาติดตามผลการรักษาในวันที่ 26 พฤษภาคม และ 2 กันยายน 2565 พบว่า ผู้ป่วยสามารถใช้งานครอบฟันบนรากฟันเทียมซี่ 44 ได้ดี ไม่มีอาการโยก ไม่พบการอักเสบรอบรากเทียม ลักษณะขอบเหงือกรอบรากฟันเทียมเป็นปกติ แนะนำการดูแลรักษาความสะอาดช่องปากและครอบฟันเทียม

ยาที่ได้รับกลับไปรับประทานที่บ้านหลังการผ่าตัดฝังรากฟันเทียม

1. Amoxicillin (500 mg.) 1 tabtid.pc/ 20 capsules
2. Ibuprofen (400 mg.) 1 tabtid.pc/ 20 tablets

คำแนะนำก่อนกลับบ้านหลังการใส่ครอบฟันบนรากฟันเทียม⁽¹¹⁾

1. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟันในการทำ ความสะอาดรอบรากฟันเทียม เพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์
2. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารแข็งที่ต้องใช้แรงบดเคี้ยวสูง เพราะอาจทำให้เกิดการสลายของกระดูกรอบรากเทียมได้



3. ควรกลับมาพบทันตแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ครอบฟันขยับหรือโยก เหงือกโดยรอบมีการอักเสบบวมแดง หรือสบฟันแล้วสูง เพราะอาจทำให้สกรูหักได้

วิจารณ์

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในการศัลยกรรมปลูกฝังรากฟันเทียมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ช่วยให้ทันตแพทย์สามารถวางแผนได้อย่างถูกต้อง และปลูกฝังรากฟันเทียมได้อย่างแม่นยำ โดยการสร้างตัวนำศัลยกรรมดิจิทัล ทั้งตัวนำเจาะและขยายกระดูก ไปจนถึงตัวนำการฝังรากฟันเทียม⁽¹²⁾ ช่วยลดความล้มเหลว ภาวะแทรกซ้อน และอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ หลีกเลี่ยงการทำอันตรายต่ออวัยวะสำคัญ เช่น เส้นเลือด เส้นประสาท โพรงอากาศแมกซิลลารี รวมถึงรากฟันของฟันแท้ที่อยู่ข้างเคียง ช่วยพิจารณาความจำเป็นในการเสริมกระดูก ช่วยลดเวลาในการรักษาโดยเฉพาะการปลูกฝังรากฟันเทียมหลายราก หรือการปลูกฝังรากฟันเทียมในผู้ป่วยไร้ฟัน โดยตำแหน่งของรากฟันเทียมที่ถูกต้องส่งผลถึงตำแหน่งและความสวยงามของสิ่งประดิษฐ์บนรากฟันเทียม เกิดแนวแรงที่กระทำต่อรากฟันเทียม และการสบฟันที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดได้ง่าย ทำให้อวัยวะปริทันต์รอบรากฟันเทียมมีสุขภาพที่ดี ช่วยทำให้รากฟันเทียมและครอบฟันบนรากฟันเทียมมีอายุการใช้งานยาวนาน^(2-4,9,13) อย่างไรก็ตามควรให้ความสำคัญในขั้นตอนการถ่ายภาพรังสีดิจิทัลสามมิติ เพราะภาพถ่ายรังสีดิจิทัลสามมิติจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการรักษา รวมถึงต้องมีการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องถ่ายภาพรังสีเป็นระยะ เพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดทางเทคนิค ที่จะนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนของการสร้างตัวนำเจาะศัลยกรรมแบบดิจิทัล⁽¹⁴⁾

การศึกษานี้ใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการศัลยกรรมปลูกฝังรากฟันเทียมแบบอยู่กับที่ (Static computer-assisted implant surgery) ตัวนำเจาะศัลยกรรมดิจิทัลเป็นตัวนำในขั้นตอนการเจาะนำร่อง และการกรอเจาะขยายกระดูกเพื่อรองรับรากฟันเทียม แต่ไม่มีตัวนำในการใส่รากฟันเทียม ตัวนำเจาะศัลยกรรมรองรับด้วยฟันที่อยู่ข้างเคียงตำแหน่งที่จะปลูกฝังรากฟันเทียม (Tooth-supported half-guided template) มีข้อดี คือ ให้ความแม่นยำในตำแหน่งของรากฟันเทียมเหนือกว่าการฝังรากฟันเทียมด้วยมือเปล่า ตำแหน่งรากฟันเทียมที่ถูกต้องจะช่วยให้การครอบฟันง่ายขึ้น ช่วยให้ฟันเทียมบนรากฟันเทียมใช้งานได้ดี มีความสวยงาม ช่วยลดระยะเวลาในการผ่าตัดลง^(3,15-17) และเป็นเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ทันตแพทย์ทั่วไปที่ไม่มีประสบการณ์สามารถปลูกฝังรากฟันเทียมได้ดี^(4,18) แต่มีข้อเสีย คือ การไม่มีตัวนำใส่รากฟันเทียมอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในขั้นตอนการใส่รากฟันเทียมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความหนาแน่นของกระดูก (Bone density classification by Misch) เป็นประเภทที่ 3 และ 4⁽¹⁵⁾ แนวรากฟันเทียมอาจมีการเบี่ยงเบนได้ เนื่องจากมีการเคลื่อนขยับของตัวนำระหว่างการเจาะขยายกระดูก⁽⁹⁾ การรักษาจะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และความร้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการกรอเจาะขยายกระดูก เนื่องจากการลดความร้อนด้วยการปล่อยน้ำเกลือล้างในบริเวณที่ผ่าตัด ทำได้ยากกว่า



การฝังรากเทียมด้วยมือเปล่า^(16,19) การเปิดแผ่นเหงือกที่ไม่กว้างพอ ทำให้แผ่นเหงือกอาจขัดขวางความแนบสนิทของตัวนำเจาะ⁽¹⁶⁾ และไม่สามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีการอ้าปากได้จำกัด⁽²⁰⁾ ดังนั้น ถึงแม้จะใช้ตัวนำเจาะสัลยกรรม ทันตแพทย์ยังจำเป็นต้องตรวจสอบแนวของรูเจาะขยายกระดูกเป็นระยะ หากเกิดความผิดพลาดจะได้แก้ไขได้ทันที่ ซึ่งอาจต้องอาศัยความสามารถและประสบการณ์ที่มีเปลี่ยนเป็นการเจาะขยายกระดูกด้วยมือเปล่า แทนการใช้ตัวนำเจาะสัลยกรรม⁽¹⁹⁾

การศึกษาเปรียบเทียบการใช้ตัวนำเจาะสัลยกรรมดิจิทัลที่ได้จากการใช้ระบบคอมพิวเตอร์วางแผนการผ่าตัดปลูกฝังรากฟันเทียม กับการกรอเจาะขยายกระดูกแบบดั้งเดิมด้วยมือเปล่า พบว่า การใช้ตัวนำเจาะสัลยกรรมดิจิทัลให้ความถูกต้องและแม่นยำในแนวการเจาะขยายกระดูก และแนวการปลูกฝังรากฟันเทียมสูงกว่าการเจาะขยายกระดูกแบบดั้งเดิมด้วยมือเปล่า^(4,20-21) แต่หากเป็นการฝังรากฟันเทียมเพียงซี่เดียวที่มีฟันข้างเคียง พบว่า ทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์สามารถปลูกฝังรากฟันเทียมได้อย่างแม่นยำ โดยไม่ต้องใช้ตัวนำเจาะสัลยกรรมดิจิทัล⁽²¹⁻²²⁾ อย่างไรก็ตาม หากใช้ตัวนำเจาะสัลยกรรมดิจิทัลร่วมกับการผ่าตัดโดยไม่เปิดแผ่นเหงือก (Flapless surgery) ในรายที่มีความกว้างของกระดูกและเหงือกยึดที่หนาเพียงพอ จะช่วยลดระยะเวลาในการผ่าตัด ช่วยลดอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเช่น อาการปวดและบวม ทำให้แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้น^(13,15-16,22) ช่วยรักษาเนื้อเยื่อข้างเคียงโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน⁽¹⁶⁾ และไม่มีแผ่นเหงือกมาขัดขวางความแนบสนิทของตัวนำเจาะและขยายกระดูก⁽¹⁰⁾ การศึกษาของ Lemos และคณะ (2020)⁽²³⁾ พบว่า การปลูกฝังรากฟันเทียมโดยการเปิดแผ่นเหงือกแบบแผ่นเนื้อเยื่อเต็มส่วน และการปลูกฝังรากฟันเทียมโดยไม่เปิดแผ่นเหงือกมีอัตราความอยู่รอดของรากฟันเทียม ระดับของขอบกระดูก (Marginal bone level) และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน การศึกษาของ Tallarico และ Meloni (2017)⁽²⁴⁾ พบว่า รากฟันเทียมที่ได้รับการฝังโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์วางแผน และใช้ตัวนำเจาะสัลยกรรมดิจิทัลมีอัตราความอยู่รอดของรากฟันเทียมใน 4 ปีสูงถึงร้อยละ 94.6 และความชุกของการอักเสบรอบรากฟันเทียมอยู่ในระดับต่ำ การศึกษาของ Do และคณะ (2020)⁽²⁵⁾ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวระยะท้าย (Late failure) ของการปลูกฝังรากฟันเทียม ได้แก่ (1) ประวัติทางการแพทย์ เช่น ได้รับการฉายรังสีรักษา (2) ประวัติทางทันตกรรม เช่น การถอนกัณฑ์ฟัน โรคปริทันต์อักเสบ หรือเคยมีประวัติความล้มเหลวระยะแรก (Early failure) (3) ลักษณะทางคลินิก เช่น คุณภาพและความหนาแน่นของกระดูก ตำแหน่งที่ฝังรากฟันเทียม (4) การตัดสินใจของทันตแพทย์ ในการเลือกชนิดและขนาดของรากฟันเทียม และการทำให้เกิดเสถียรภาพเบื้องต้นเมื่อฝังรากฟันเทียม (Primary stability)

ปัจจุบันมีการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการสัลยกรรมปลูกฝังรากฟันเทียมแบบเคลื่อนที่ (Dynamic computer-assisted implant surgery) คอมพิวเตอร์จะรับและจัดการข้อมูลในการนำทางไปพร้อมกับที่ทันตแพทย์ทำการผ่าตัดเจาะขยายกระดูก และการนำรากฟันเทียมปลูกลงไปในกระดูกตามแผนการ



รักษาที่วางแผนไว้ ข้อดีของวิธีนี้ คือ ทันตแพทย์จะเห็นภาพการเจาะขยายกระดูกและแนวการฝังรากฟันเทียมบนจอคอมพิวเตอร์ไปพร้อมกัน ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันทีตามลักษณะทางคลินิก ใช้ได้บริเวณฟันหลังหรือบริเวณที่อ้าปากได้จำกัด ง่ายต่อการผ่าตัด โดยการเปิดแผ่นเหงือกแบบแผ่นเนื้อเยื่อเต็มส่วน⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ทันตแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์ในการปลูกฝังรากฟันเทียม ควรใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ร่วมกับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สามมิติทางทันตกรรมช่วยในการวางแผนใส่รากฟันเทียม และใช้ตัวนำสัลยกรรมดิจิทัล ทั้งตัวนำเจาะและขยายกระดูก ไปจนถึงตัวนำการฝังรากฟันเทียม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ

2. ควรแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการทำความสะอาดรอบรากฟันเทียม การรับประทานอาหาร และแนะนำให้ผู้ป่วยกลับมาพบทันตแพทย์ทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ครอบฟันขยับหรือโยก เหงือกอักเสบบวมแดง สบฟันแล้วสูง เพราะอาจทำให้สกรูหักได้

เอกสารอ้างอิง

1. ดาราพร แซ่ลี้. ทันตกรรมรากเทียม ขั้นพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2561.
2. Otaghsara SS, Joda T, Thieringer FM. Accuracy of dental implant placement using static versus dynamic computer-assisted implant surgery: An in vitro study. J Dent. 2023; 123. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2023.104487>
3. Sun TM, Lee HE, Lan TH. Comparing accuracy of implant installation with a navigation system (NS), a laboratory guide (LG), NS with LG, and freehand drilling. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(6). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17062107>
4. Alevizakos V, Mitov G, Stoetzer M, See C. A retrospective study of the accuracy of template-guided versus freehand implant placement: A nonradiologic method. J OOOO. 2019; 128(3): 220-6.
5. Vercruyssen M, Hultin M, Van Assche N, Svensson K, Naert I, Quirynen M. Guided surgery: accuracy and efficacy. Periodontology 2000. 2014; 66(1): 228-46.
6. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. 3 ทศวรรษ สวทช.กับการขับเคลื่อนประเทศด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี : สุขภาพและการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท แปลน ปรินท์ติ้ง จำกัด; 2564.



7. มุลนิธิส่งเสริมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในพระบรมราชูปถัมภ์. รางวัลนักเทคโนโลยีดีเด่น และนักเทคโนโลยีรุ่นใหม่ ประจำปี พ.ศ.2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท แพนแปซิฟิค ปริ้นติง จำกัด; 2562.
8. Deeb GR, Tran DQ, Deeb JG. Computer-aided planning and placement in implant surgery. *Atlas Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2020; 28(2): 53-8.
9. Tamaseb A, Wismeijer D, Coucke W, Derksen W. Computer Technology Applications in surgical implant dentistry: A systematic review. *Int J oral maxillofac Implants*. 2014; 29: 25-42.
10. Zhou W, Liu Z, song L, Kuo CL, Shafer DM. Clinical factors affecting the accuracy of guided implant surgery – A systematic review and meta-analysis. *J Evid Base Dent Pract*. 2018; 18(1): 28-40.
11. ดาราพร แซ่ลี, สิทธิพร รัตนโสภ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษาด้วยรากเทียมในเขตสวงาม : ทบทวนวรรณกรรม และรายงานผู้ป่วย. *วทันต ขอนแก่น*. 2556; 16(2): 136-49.
12. Spector L. Computer-Aided Dental Implant Planning. *Dent Clin N Am*. 2008; 52(4): 761-75.
13. Pimkhaokham A, Jiaranuchart S, Kaboosaya B, Arunjaroensuk S, Subbalekha K, Mattheos N. Can computer-assisted implant surgery improve clinical outcomes and reduce the frequency and intensity of complications in implant dentistry? A critical review. *Periodontology* 2000. 2022; 90(1): 197-223.
14. Lui Q, Lui Y, Chen D, Wu X, Huang R, Liu R, et al. Placement accuracy and primary stability of implants in the esthetic zone using dynamic and static computer-assisted navigation: A retrospective case-control study. *J Prosthet Dent*. 2022. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2022.11.005>
15. Gargallo-Albiol J, Barootchi S, Salomo-Coll O, Wang HL. Advantages and disadvantages of implant navigation surgery. A systematic review. *Annals Anatomy*. 2019; 225: 1-10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aanat.2019.04.005>
16. Yogui FC, Luna Gomes JM, Lemos CAA, Cruz RS, Pellizzer EP. Comparison between computer-guided and freehand dental implant placement surgery: A systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2020; 50(2): 242-50.
17. Vercruyssen M, Laleman I, Jacobs R, Quirynen M. Computer-supported implant planning and guided surgery: a narrative review. *Clin Oral Impl Res*. 2015; 26(Suppl.11): 69-76.



18. Wang X, Shaheen E, Shujaat S, Meeus J, Legrand P, Lahoud P, et al. Influence of experience on dental implant placement: an in vitro comparison of freehand, static guided and dynamic navigation approaches. *Int J Implant Dent*. 2022. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40729-022-00441-3>
19. Walker-Finch K, Ucer C. Five-year survival rates for implants placed using digitally-designed static surgical guides: a systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2020; 58(3): 268-76.
20. Smitkarn P, Subbalekha K, Mattheos N, Pimkhaokham A. The accuracy of single-tooth implants placed using fully digital-guided surgery and freehand implant surgery. *J Clin Periodontol*. 2019; 46(9): 949-57.
21. Hanozin B, Manni LL, Lecloux G, Bacevic M, Lambert F. Digital vs. conventional workflow for one-abutment one-time immediate restoration in the esthetic zone: a randomized controlled trial. *Int J Implant Dent*. 2022; 8(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s40729-022-00406-6>
22. Yuce MO, Gunbay T, Baksi BG, Comlekoglu M, Mert A. Clinical benefits and effectiveness of static computer-aided implant surgery compared with conventional freehand method for single-tooth implant placement. *J Stomat Oral Maxillofac Surg*. 2020; 121(5): 534-8.
23. Lemos CAA, Verri FR, Cruz RS, Gomes JML, Santos DM, Goiato MC, et al. Comparison between flapless and open-flap implant placement: a systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2020; 49(9): 1220-31.
24. Tallarico M, Meloni SM. Retrospective analysis on survival rate, template-related complications, and prevalence of peri-implantitis of 694 anodized implants placed using computer-guided surgery: results between 1 and 10 years of follow-up. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2017; 32(5): 1162-71.
25. Do TA, Le HS, Shen YW, Huang HL, Fuh LJ. Risk factors related to late failure of dental implant-a systematic review of recent studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(1). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17113931>



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะโภชนาการและการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในผู้เลี้ยงดูเด็ก

FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH LITERACY AND THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY, NUTRITIONAL STATUS, AND EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT AMONG CAREGIVERS

Received: December 24, 2023

Revised: April 05, 2024

Accepted: April 21, 2024

คำสงค์ ชินมาตร^{1*}

Kumsong chinnamart^{1*}

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะโภชนาการ และการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เลี้ยงดูเด็กเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองกุงศรี จำนวน 165 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า แม่เป็นผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 51.5 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมระดับพอใช้ ร้อยละ 46.7 มีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลระดับสูง ร้อยละ 52.7 ความรอบรู้ด้านการตัดสินใจในระดับต่ำ ร้อยละ 46.7 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ ลักษณะเขตที่อยู่อาศัย และรายได้ของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้น บุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรมีการจัดการเรียนรู้เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย รวมถึงพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย, พัฒนาการของเด็กปฐมวัย

¹ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองกุงศรี

¹Primary and holistic care department, Nongkungsri Hospital

*Corresponding author E-mail: kumsong2508@gmail.com



Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to study health literacy in early childhood care among caregivers. Evaluate personal factors that are related to health literacy and study the relationship between health literacy, nutritional status, and early childhood development. The sample size consisted of 165 child caregivers under the responsibility of Nong Kung Si Hospital. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, and Spearman's correlation coefficient.

The result showed that 51.5 percent of mothers were caregivers, and 49.6% of child caregivers had a fair level of health literacy in early childhood. The samples had a high level of knowledge about accessing information (52.7 percent) and a low level of correct discrimination decisions in early childhood rearing (46.7 percent). Individual factors such as relationships with children, educational level, occupation, sufficiency of income, characteristics of the residential area, and family income showed statistically significant ($p\text{-value} < 0.05$) correlations with health literacy in early childhood rearing. Health literacy was not related to nutritional status. However, health literacy has a statistically significant positive relationship with early childhood development ($p\text{-value} < 0.05$).

Therefore, the results from the research. public health personnel should be used to design a learning management process to enhance health literacy for early childhood caregivers. There should also be a study on developing a model for promoting early childhood development to ensure appropriate development.

Keywords: Health Literacy, Child caregivers, Early childhood development



บทนำ

“เด็กปฐมวัย” ช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงก่อน 6 ปีบริบูรณ์ เป็นช่วงที่พัฒนาการในทุกๆ ด้านเจริญขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา ภาษา จริยธรรม และความคิดสร้างสรรค์⁽¹⁾ ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560–2579) มีเป้าหมายสำคัญ คือ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย และการปฏิรูประบบเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy)⁽²⁾ กรมอนามัยมีการสำรวจและรายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในภาพรวมยังคงอยู่ในระดับคงที่ และมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 87.43, 83.14 และ 73.92 ตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายในแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) ที่ตั้งเป้าหมายให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 90⁽²⁾ และจากผลการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ specialpp (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อมูล ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565) ของอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ.2565 พบเด็กมีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 84.05

จากการทบทวนทฤษฎีและรายงานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย อาจแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีวภาพจากแม่ ปัจจัยด้านเด็ก และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันและควบคุมได้⁽⁴⁾ นอกจากนี้ ยังพบว่า แม่หรือผู้เลี้ยงดูยังมีปัญหาในการเลี้ยงดูเด็กอย่างไม่ถูกต้อง เช่น การจัดอาหารเสริมที่ไม่เหมาะสม การขาดการดูแลสุขภาพช่องปาก ขาดการจัดหาของเล่นที่เหมาะสม และขาดการเล่นที่สนุกสนาน ทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็กได้⁽⁵⁻⁷⁾ จากปัญหาที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กมีความสำคัญ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อไป ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการรายงานความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็กในเขตสุขภาพที่ 5 ว่ามีความรอบรู้โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 59.5⁽⁸⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กในเขตสุขภาพที่ 7 อยู่ในระดับพอใช้และต้องปรับปรุง ร้อยละ 49.6⁽⁹⁾ จะเห็นได้ว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

จากข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัยในอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2565 ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด รวมถึงบทบาทสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กมีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย อีกทั้งยังไม่เคยมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองกุงศรีมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก ปัจจัยที่มี



ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กกับภาวะโภชนาการและการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองกุงศรี เพื่อให้มีข้อมูลสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองกุงศรี และนำผลที่ได้มาใช้ในการกำหนดแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้เลี้ยงดูเด็ก รวมถึงส่งเสริมนวัตกรรมและกระบวนการเรียนรู้เพื่อเพิ่มพัฒนาการสุขภาพของเด็กปฐมวัยให้พัฒนาอย่างสมวัย และเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพของประเทศต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองกุงศรี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกับภาวะโภชนาการและการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในช่วงวันที่ 3-20 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กแรกเกิด-5 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองกุงศรี จำนวน 257 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรแบบทราบจำนวนประชากร⁽¹⁰⁾ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% งานวิจัยที่ผ่านมา มีสัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กอยู่ในระดับพอใช้และต้องปรับปรุง ร้อยละ 42.75 ($p\text{-value} = 0.428$)^(8,9) แทนค่าในสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 153 คน และเพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ไม่ความสมบูรณ์จึงกำหนดการปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 8 รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 165 คน การสุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยอาศัยหลักความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิโดยแบ่งประชากรออกตามพื้นที่หมู่บ้านทั้งหมด 13 หมู่บ้าน และสุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ จากทะเบียนรายชื่อผู้เลี้ยงดูเด็ก และสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนเด็กปฐมวัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กได้รับความอนุเคราะห์จาก ธิโสภิญ ทองไทย และคณะ⁽⁹⁾ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก ส่วนที่ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก แบ่งองค์ประกอบออกเป็น 6 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดการให้คะแนนและการแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ดังงานวิจัยของธิโสภิญ ทองไทย และคณะ⁽⁹⁾

2. กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตเด็กอายุ 0-5 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2564 จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย⁽¹¹⁾

3. ประเมินผลพัฒนาการเป็นสมวัยและสงสัยล่าช้าจากแบบบันทึกการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM)⁽¹²⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) 0.97⁽⁹⁾ นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้เลี้ยงดูเด็กในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (IBM SPSS version 25) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาวะโภชนาการ และพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าจำนวน ค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สถิติไค-สแควร์ สำหรับข้อมูลที่มีค่าน้อยกว่า 5 ไม่เกิน 20% ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด และในกรณีที่มีจำนวนเซลล์ที่มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 เกิน 20% ของจำนวนเซลล์ทั้งหมดใช้ สถิติ Fisher's exact test ในการทดสอบ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ 3) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (p-value < 0.05)



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประเภทงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ KLS.REC 127/2566 ณ วันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.7 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.7 ± 13.3 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 67 ปี ส่วนใหญ่เป็นแม่เลี้ยง ร้อยละ 51.5 รองลงมามีความสัมพันธ์เป็นย่า/ยาย ร้อยละ 38.2 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา ร้อยละ 56.4 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 29.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.2 รองลงมา มีอาชีพรับจ้างทั่วไป/ลูกจ้าง/โรงงาน ร้อยละ 26.7 ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 52.6 รายได้เฉลี่ย เท่ากับ $10,418.18 \pm 6,702.79$ บาทต่อเดือน เมื่อพิจารณารายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายของครอบครัว พบว่า ส่วนมากมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63.0 รองลงมา มีรายได้พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 29.1 ครอบครัวอาศัยอยู่ในเขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท ร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ ชนบท ร้อยละ 24.2 และมีสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก ร้อยละ 100

ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในภาพรวม พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนมากมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.5 รองลงมาในระดับต่ำ และระดับดีมาก ร้อยละ 17.0 และ 11.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความรู้สุขภาพในระดับสูง คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 52.7 ด้านที่มีความรู้ในระดับต่ำ คือ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ร้อยละ 46.7 ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล การได้ตอบคำถาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาเด็กปฐมวัย และการสื่อสารต่อข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก

ความรู้สุขภาพ	ระดับความรู้			Mean	SD
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	87 (52.7)	63 (38.2)	15 (9.1)	3.36	0.78
ด้านการได้ตอบคำถาม	51 (30.9)	83 (50.3)	31 (18.8)	2.97	0.80
ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย	49 (29.7)	116 (70.3)	0	3.65	0.29
ด้านการสื่อสารต่อข้อมูล	30 (18.2)	96 (58.2)	39 (23.6)	2.75	0.75



ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก

ความรอบรู้สุขภาพ	ระดับความรอบรู้			Max	Min	Median	SD
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ				
	จำนวน	จำนวน	จำนวน				
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)				
ด้านความรู้ความเข้าใจ	62 (37.6)	61 (37.0)	42 (25.5)	9	4	7	1.09
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	28 (17.0)	60 (36.4)	77 (46.7)	4	1	3	0.75

ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย เมื่อพิจารณาน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ เด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 66.7 รองลงมาค่อนข้างผอม ร้อยละ 13.3 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ คิดเป็นร้อยละ 68.5 รองลงมา เตี้ย ร้อยละ 10.9 และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ส่วนใหญ่สมส่วน ร้อยละ 73.3 และรองลงมา ค่อนข้างผอม ร้อยละ 10.9 ตารางที่ 3 แสดงพัฒนาการของเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.6 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 19.4 โดยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดในด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 17.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่อยู่ในความดูแลของผู้เลี้ยงดูเด็ก

พัฒนาการรายด้าน	พัฒนาการของเด็กปฐมวัย			
	พัฒนาการสมวัย		พัฒนาการสงสัยล่าช้า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการเคลื่อนไหว	150	90.9	15	9.1
ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา	146	88.5	19	11.5
ด้านการเข้าใจภาษา	141	85.5	24	14.5
ด้านการใช้ภาษา	137	83.0	28	17.0
ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม	152	92.1	13	7.9
พัฒนาการโดยรวม	133	80.6	32	19.4

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก พบว่า ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ และลักษณะเขตที่อยู่อาศัยของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้



ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศไม่มี
ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็ก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดู
เด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้				รวม	p-value
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ						0.280 ^b
ชาย	3 (25.0)	2 (16.7)	4 (33.3)	3 (25.0)	12	
หญิง	16 (10.5)	39 (25.5)	73 (47.7)	25 (26.0)	153	
ความสัมพันธ์กับเด็ก						0.012 ^b
พ่อ	3 (33.3)	2 (22.2)	3 (33.3)	1 (11.1)	9	
แม่	10 (38.0)	24 (28.2)	37 (43.5)	14 (16.5)	85	
ปู่/ตา	0	0	1 (33.3)	2 (66.7)	3	
ย่า/ยาย	3 (4.8)	14 (22.2)	36 (57.1)	10 (15.9)	63	
พี่/ลุง/ป้า/น้า/อา	3 (60.0)	1 (20.0)	0	1 (20.0)	5	
ระดับการศึกษา						<0.001 ^a
ประถมศึกษา	2 (4.2)	4 (8.3)	27 (56.3)	15 (31.3)	48	
มัธยม/อาชีวศึกษา	8 (8.6)	22 (23.7)	50 (53.8)	13 (14.0)	93	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	9 (37.5)	15 (62.5)	0	0	24	
อาชีพ						<0.001 ^b
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0	6 (75.0)	2 (25)	8	
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	1 (28.2)	9 (13.2)	40 (58.8)	18 (26.5)	68	
รับจ้างทั่วไป/ลูกจ้าง	0	9 (20.5)	28 (63.6)	7 (15.9)	44	
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	9 (40.9)	9 (40.9)	3 (13.6)	1 (4.5)	22	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9 (39.1)	14 (60.9)	0 (0)	0 (0)	23	
ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว						<0.001 ^b
ไม่พอเพียง	1 (1.0)	17 (16.3)	64 (61.5)	22 (21.2)	104	
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	10 (20.8)	21 (43.8)	11 (22.9)	6 (12.5)	48	
เพียงพอเหลือเก็บ	8 (61.5)	3 (23.1)	2 (15.4)	0 (0)	13	
ลักษณะเขตที่อยู่อาศัย						0.009 ^a
เมือง	7 (18.9)	14 (37.8)	9 (24.3)	7 (18.9)	37	



ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้				รวม	p-value
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
ชนบท	4 (10)	9 (22.5)	16 (40)	11 (27.5)	40	
กึ่งเมืองกึ่งชนบท	8 (10.1)	18 (20.5)	52 (59.1)	10 (11.4)	88	

^aแสดงค่า Chi square test; ^bแสดงค่า Fisher's exact test

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างอายุและรายได้ของครอบครัว ต่อเดือนกับความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.587$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ($r = -0.057$, $p\text{-value} = 0.464$)

ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมและรายด้านไม่มีความสัมพันธ์กับด้านภาวะโภชนาการ (จำแนกน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง) ในทางตรงกันข้าม พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมและรายด้านในทั้ง 6 องค์ประกอบ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย	ภาวะโภชนาการ		พัฒนาการ	
	r	p-value	r	p-value
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	0.100	0.203	0.587	<0.001*
ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.141	0.070	0.339	<0.001*
ด้านการโต้ตอบซักถามข้อมูล	-0.066	0.403	0.418	<0.001*
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.075	0.337	0.226	0.004*
ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย	0.108	0.167	0.432	<0.001*
ด้านการสื่อสารต่อข้อมูล	0.056	0.474	0.466	<0.001*
ความรู้โดยรวม	0.107	0.170	0.639	<0.001*

* แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05



สรุปผลการวิจัย

ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 46.7 โดยด้านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 52.7 ด้านที่มีความรอบรู้ในระดับต่ำ คือ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ร้อยละ 46.7 ข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย เมื่อพิจารณาน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ส่วนใหญ่สมส่วน ร้อยละ 73.3 ข้อมูลด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.6 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 19.4 โดยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดในด้านการใช้ภาษา คิดเป็นร้อยละ 17.0

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ และลักษณะเขตที่อยู่อาศัยของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนของผู้เลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านเพศ และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการโดยจำแนกน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมและรายด้านในทั้ง 6 องค์ประกอบ (การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถามข้อมูล การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย และการสื่อสารต่อข้อมูล) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้เลี้ยงดูเด็กในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองสูงศรีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้มากที่สุดร้อยละ 46.7 และต้องปรับปรุง ร้อยละ 17.0 โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เลี้ยงดูเด็กยังมีความรอบรู้ที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของธิดาภิญา ทองไทย และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในระดับพอใช้และต้องปรับปรุง ร้อยละ 49.6 และการศึกษาของกันยา โพธิ์ปิติ⁽⁸⁾ พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดี ร้อยละ 88.6 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ในด้านการเข้าถึงข้อมูลในระดับสูง ร้อยละ 52.7 โดยการเข้าถึงข้อมูลที่ง่ายที่สุด คือ การค้นหาข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต อย่างไรก็ตาม ผู้เลี้ยงดูเด็กยังมีความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กในระดับปานกลาง และต่ำรวมกันถึงร้อยละ 62.5 และ



มีความรอบรู้ในด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในระดับต่ำ ร้อยละ 46.7 เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายแต่ขาดความรู้ความเข้าใจส่งผลให้การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติไม่ถูกต้องทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมยังไม่ดีพอ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว และลักษณะเขตที่อยู่อาศัย ทั้งหมดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ รายได้ต่อเดือนของครอบครัวยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย งานวิจัยของกันยา โพธิพิติ⁽⁸⁾ รายงานว่า ปัจจัย เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ พบว่า เพศและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ซึ่งต่างจากงานวิจัยของกันยา โพธิพิติ⁽⁸⁾ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ปัจจัยด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยผู้ที่จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา/อาชีวศึกษาและประถมศึกษา มีความรอบรู้ในระดับดี ร้อยละ 23.7 และ 8.3 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า มากกว่าครึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษามีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลเด็ก และมีผลต่อพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็ก⁽¹³⁾ ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ เนื่องจากผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ซึ่งมีโอกาสในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้น้อยกว่ากลุ่มค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัวและข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ที่มีโอกาสในการรับข้อมูลความรู้ได้มากกว่า⁽¹⁴⁾ ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัวต่อเดือน และความพอเพียงของรายได้ ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Azugbene⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า แม่ที่มีรายได้ต่ำมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ส่งผลต่อความสามารถในการประมวลผล และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างถูกต้อง และมีผลกระทบต่อสุขภาพเด็กที่ดูแลด้วย ภาวะโภชนาการจำแนกน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ซึ่งต่างจากงานวิจัยของกันยา โพธิพิติ⁽⁸⁾ ที่พบว่า ภาวะโภชนาการจำแนกส่วนสูงตามเกณฑ์อายุและน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้เลี้ยงดูที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมักดูแลเด็กให้มีส่วนสูงและรูปร่างสมส่วน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยอาจเกิดจากปัจจัยด้านเด็กมากกว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดู ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของซัชญา ประจุทะเก และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า น้ำหนักแรกเกิด (ปัจจัยด้านเด็ก) มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย



ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของนาถอนงค์ แฝงพงษ์ และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า พัฒนาการของเด็กมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้สุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการตรวจสอบและตัดสินใจ และการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก จากผลการศึกษาข้อมูลด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.6 ยังต่ำกว่าค่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดร้อยละ 90⁽²⁾ และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 19.4 โดยพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดในการใช้ภาษา ร้อยละ 17.0 หนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการล่าช้าคือการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม เช่น การปล่อยให้เด็กใช้เวลาเพียงลำพังกับโทรทัศน์หรือเกม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ การนอน และการกินของเด็ก ปัญหานี้สอดคล้องกับการพูดล่าช้าที่พบมากในประเทศไทย⁽¹⁸⁾ เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กควรมีความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็ก ทั้งในด้านโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก ควรใช้เวลาดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด เปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นและพัฒนาทักษะทางภาษาผ่านการพูดและการฟัง รวมถึงสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับเด็ก⁽¹⁹⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การวิจัย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับพอใช้ และยังขาดความรู้ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงควรศึกษาข้อมูลเชิงลึกเพื่อค้นหาปัญหาด้านการตัดสินใจของผู้เลี้ยงดูเด็ก รวมถึงออกแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย
2. การวิจัย พบว่า เด็กปฐมวัยยังมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข จึงควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สัญญา สุปัญญาบุตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกุงศรี ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองกุงศรี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยนี้ให้สำเร็จไปได้ด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562. เล่มที่ 136 ตอนที่ 56 ก; 2562. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/056/T_0005.PDF
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี; 2561.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ผลการดำเนินการการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ specialpp. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: Health Data Center: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. นิชกุล พิชชาญ, กิตติพงษ์ สอนล้อม, ศิริภัทรา จูทามณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. Singburi Hospital Journal 2566; 31: 128-142.
5. ปิยภา สอนชม, ปิยะนารถ จาติเกตุ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลและสภาวะโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในอำเภอทองไทร จังหวัดสุโขทัย. Journal of The Dental Association of Thailand 2022; 72(2): 329-339.
6. อาริสรา ทองเหม, จินตนา พัฒนพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย : กรณีพื้นที่โครงการพัฒนาเพื่อความมั่นคง ในพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ เขตกองทัพบกที่ 3 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/202106/m_news/35025/204972/file_download/41fe3e77eb3ae4c2cafc13c52979daf6.pdf
7. พูนศิริ ฤทธิรอน, ดวงหทัย จันทรเชื้อ, พัสตราภรณ์ แยมม่น, นิชนันท์ อินสา, อมรรัตน์ นิยมสวรรค์, แววดา ระโส, รัชดาวรรณ บุญมีจิ๋ว. ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 2 พิชญโลก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2021;14(3): 42-56.
8. กันยา โพธิ์ปิติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2565; 15(1): 28-50.
9. ธิโสภิญ ทองไทย, สุพัตรา บุญเจียม, ปิยะ ปุริโส, นิตยา ศรีमानนท์, ถัดดา คีอันทอง. ความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566; 46(1): 105-115.
10. ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2556; 16(2): 9-18.



11. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2566.
12. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Surveillance Developmental and Promotion Manual (DSPM). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2566.
13. ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: อมรินทร์; 2561.
14. พรพญา เตปิน, วราภรณ์ บุญเชียง, ศิริตรี สุทธจิตติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปากของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเจริญเมือง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. ตำปวงเวชสาร 2561; 39(2): 72-80.
15. Azugbene E. Maternal Health Literacy and Maternal and Child Health Outcomes: A Review of the Literature. Annals of Global Health 2017; 83(1): 94.
16. ชัชฎา ประจวบตะเก, ประดับ ศรีหมื่นไวย, อัญชลี ภูมิจันทร์. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2562; 13(31): 159-177.
17. นาถอนงค์ แฝงพงษ์, ประภัศร จันดี, ณัฐธิดา ปัญญาชนคุณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็ก ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลทหารบก 2566; 24(1): 441-449.
18. วีระศักดิ์ ชลไชยะ. ผลของสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอต่อเด็กและวัยรุ่น ; Effects of Electronic Screen Media on Children and Adolescents. นนทบุรี: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2561.
19. Topothai T, Suphanchaimat R, Topothai C, Tangcharoensathien V, Cetthakrikul N, Waleewong O. Thailand Achievement of SDG Indicator 4.2.1 on Early Child Development: An Analysis of the 2019 Multiple Indicator Cluster Survey. Int J Environ Res Publ Health 2022; 19: 7599. [https:// doi.org/10.3390/ijerph19137599](https://doi.org/10.3390/ijerph19137599).



ผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ 7

THE EFFECTIVENESS OF BLENDED LEARNING MODEL IN CARE MANAGER TRAINING COURSE: REGIONAL HEALTH 7

Received: May 17, 2024

Revised: June 07, 2024

Accepted: June 25, 2024

โสภิดา เทิดทำดี^{1*}

Sophida Terdtumdee^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน เขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้แนวคิดของเคิร์กแพทริก (Kirkpatrick) ประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านปฏิกิริยา ด้านการเรียนรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านผลลัพธ์ของผู้เข้ารับการอบรมดังกล่าวในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 120 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบแบบจับคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่า ด้านปฏิกิริยา ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจต่อการอบรม อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งการอบรมออนไลน์ และการอบรมแบบเผชิญหน้า ด้านการเรียนรู้ ความรู้ของผู้เข้ารับการอบรม เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการอบรม ด้านพฤติกรรมในการฝึกภาคปฏิบัติ อยู่ในระดับดีมาก ด้านผลลัพธ์ ผู้เข้ารับการอบรมมีการนำความรู้ และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานก่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน อยู่ในระดับดี

จากการวิจัยครั้งนี้ ควรนำผลการประเมินเป็นแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนาหลักสูตรให้มีคุณภาพและมาตรฐานสอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม และควรจัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการทำงาน เพื่อรับรู้ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ปัญหา

คำสำคัญ: ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ, ประเมินผล, เคิร์กแพทริก

¹ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen

*Corresponding author E-mail: Sophida5926@gmail.com



Abstract

This research aims to evaluate the training program for elderly care managers using a blended learning approach in Regional Health 7, employing Kirkpatrick's model to assess reaction, learning, behavior, and results. Conducted in the fiscal year 2024, the study involved 120 trainees, with data analyzed through percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test.

The findings reveal that trainees were highly satisfied with both online and face-to-face training formats, with no significant difference in satisfaction levels, knowledge levels significantly increased post-training ($p\text{-value} < 0.05$), while attitudes toward elderly care remained consistent. Trainees exhibited excellent practical skills in elderly care and effectively applied their knowledge and skills in their work, yielding substantial benefits for their organizations.

The results suggest that the training curriculum should be continually improved to meet trainees' needs, and activities for experience exchange should be organized to address challenges and solutions in the field.

Keywords: Care Manager, Evaluation, Kirkpatrick Model



บทนำ

ประเทศไทยเป็น “สังคมสูงวัย” (Aged society) มานานมากกว่า 10 ปี ซึ่งหมายถึง การที่มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ในขณะที่วัยเด็ก และวัยแรงงานลดลงเรื่อยๆ จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุประเทศไทย ของกรมกิจการผู้สูงอายุ เมื่อ 31 ธันวาคม 2565 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรรวมทั้งสิ้น 66,090,475 ล้านคน มีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 12,525,629 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.31 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งในอนาคตอีก 1-2 ปีข้างหน้า จะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) คือ มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และถ้าสถานการณ์โครงสร้างของประชากรไทยยังคงเป็นเช่นนี้ ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) เมื่อมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 20) ต่อไป^(1,2)

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านต่างๆ ตามมา ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาการปวดข้อและปวดหลังเรื้อรัง การเกิดภาวะสมองเสื่อม การเกิดภาวะซึมเศร้า และการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม นอกจากนี้ สภาพสังคมของประเทศไทยเป็นสังคมกึ่งเมืองและชนบท ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง อีกทั้งมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความพิการและทุพพลภาพ รัฐบาลจึงให้ความสำคัญและมีนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาตั้งแต่ ปี 2559 โดยสนับสนุนงบประมาณ ผ่านสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁽³⁾ เพื่อบริหารจัดการให้กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการดำเนินงานภายใต้โครงการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) นั้น จำเป็นต้องมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการจัดการระบบเพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ขณะเดียวกันก็ต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ นอกเหนือจากบุคลากรที่มีอยู่แล้วในระบบ

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นบุคคลสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน มีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมิน วางแผน และจัดการให้ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม โดยทำการประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะราย รวมถึงติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน นอกจากนี้ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ยังมีบทบาทในการมอบหมายภารกิจให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการกำกับการเข้าไปจัดบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปประเมินผลการดำเนินงาน คุณสมบัติของบุคคลที่จะทำ



หน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ⁽⁴⁾ คือ 1) มีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปีบริบูรณ์ 2) จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีด้านการแพทย์/พยาบาล/พยาบาลและการผดุงครรภ์/สาธารณสุข/สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์/จิตวิทยาคลินิก/กายภาพบำบัด/เภสัชศาสตร์/เทคนิคการแพทย์/ทันตแพทย์ 3) จบการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์/พยาบาลเทคนิค ต้องมีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี และต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 3 ปี 4) กรณีเป็นบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่จบการศึกษาตามเงื่อนไขข้อ 2 และข้อ 3 ต้องเป็นผู้ดำรงตำแหน่งปลัด/รองปลัด/หัวหน้าสำนักปลัด/ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข/ผู้อำนวยการกองการศึกษา/ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม/นักพัฒนาชุมชน 5) ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วย 6) มีใบรับรองแพทย์ระบุว่า มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและ ไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด

กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุและคณะทำงาน ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและขยายแก่ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ เนื้อหาหลักสูตรการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การจัดการการดูแล (Care Management) 2) คุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ การปฏิบัติงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ 3) กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 4) การค้นหาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและการใช้เครื่องมือในการประเมิน 5) ระบบโปรแกรมและแนวทางการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่เกี่ยวข้องกับระบบการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน 6) การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ 7) การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และกายภาพบำบัด 8) การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและการทำแผนดูแลล่วงหน้า 9) ฝึกปฏิบัติงานให้การดูแลและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล⁽⁴⁾

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้ดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน โดยในปี 2564 ได้มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จึงได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการอบรมเป็นแบบผสมผสาน (Blended Learning)⁽⁵⁾ คือ แบ่งการอบรมเป็น 2 ช่วง สัปดาห์แรกเป็นการอบรมออนไลน์ (Online Training) ภาคทฤษฎี 5 วัน สัปดาห์ที่ 2 เป็นการอบรมแบบเผชิญหน้า (Face-to-Face Training) 5 วัน ซึ่งเป็นการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ กายภาพบำบัด ระบบโปรแกรม และแนวทางการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับระบบการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนของ สปสช. ระบบโปรแกรม 3C ของกรมอนามัย การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง และการทำแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งในการอบรมที่ผ่านมาได้มีการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม ประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม แต่ไม่มีการประเมินการฝึกภาคปฏิบัติ และการติดตามผล



การปฏิบัติงานหลังจากการอบรม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ : เขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้แนวคิดการประเมินผลการฝึกอบรมของเคิร์กแพทริก (Kirkpatrick)⁽⁶⁾ เพื่อประเมินผล 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านปฏิกิริยา ด้านการเรียนรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านผลลัพธ์ ของผู้เข้ารับการอบรม รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการฝึกอบรม และข้อเสนอแนะของผู้เข้ารับการอบรม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน และมีแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานในการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้แนวคิดการประเมินผลการฝึกอบรมของเคิร์กแพทริก ใน 4 ด้าน คือ

1. ด้านปฏิกิริยา (Reaction Evaluation) ประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับความเหมาะสมของเนื้อหา ด้านความสอดคล้องกับหัวข้อที่กำหนดความเหมาะสมและประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการอบรม และความเหมาะสมของวิทยากร
2. ด้านการเรียนรู้ (Learning Evaluation) ประเมินความรู้ และทัศนคติของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังการอบรม
3. ด้านพฤติกรรม (Behavior Evaluation) ประเมินการฝึกภาคปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรม
4. ด้านผลลัพธ์ (Results Evaluation) ประเมินการปฏิบัติงานหลังอบรม 1 เดือน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบประเมินผล (Evaluation Research) ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ประเมินผล 4 ด้าน คือ ด้านปฏิกิริยา ด้านการเรียนรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านผลลัพธ์ของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างวันที่ 15-26 มกราคม 2567 ระยะเวลาการอบรม 10 วัน (70 ชั่วโมง) แบ่งเป็นการอบรมออนไลน์ ภาคทฤษฎี 5 วัน (35 ชั่วโมง) และการอบรมแบบเผชิญหน้า ภาคปฏิบัติ 5 วัน (35 ชั่วโมง)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ที่จัดโดยศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567 จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 120 คน



ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง⁽⁷⁾ โดยในการศึกษานี้ทำการประมาณเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิดก่อน-หลังการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ การคำนวณค่าดังกล่าวอ้างอิงจากการศึกษาของ ปริญญภรณ์ ธนะบุญปวง และจิรียา อินทนา⁽⁸⁾ ซึ่งได้ทำการวิจัยเรื่องการวิจัยประเมินผลโครงการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2564 โดยใช้แนวคิดการประเมินของสตัฟเฟิลบีม

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้ไถ้มาตรฐาน เมื่อระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05 คือ 1.96

Z_{β} = ค่าสถิติภายใต้ไถ้มาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจในการทดสอบอยู่ที่ร้อยละ 90 = 0.282

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของประชากร แทนค่าด้วย SD ของคะแนนความรู้ของผู้จัดการ

การดูแลผู้สูงอายุซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของปริญญภรณ์ ธนะบุญปวง และจิรียา อินทนา⁽⁸⁾ มีค่า 3.14

$(\mu_1 - \mu_2)^2$ = ค่าความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อน-หลัง การอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดว่า หากคะแนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 จากก่อนอบรม จะถือว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ ปริญญภรณ์ ธนะบุญปวง และจิรียา อินทนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ที่ 20.98 จะทำให้มีค่า $= 20.98 \times 0.05 = 1.05$ แทนค่าต่างๆ ได้ดังนี้

$$n = \frac{(1.96 + 2.282)^2 \times 3.14^2}{(1.05)^2}$$

$n = 94$ ราย + เพื่อข้อมูลขาดหาย 26 คน

ดังนั้น ในการศึกษากครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการทำงาน ด้านผู้สูงอายุ และสถานที่ปฏิบัติงาน

2. แบบประเมินความเหมาะสมของการจัดอบรม 41 ข้อ ด้านความสอดคล้องของเนื้อหา กับหัวข้อที่กำหนด ความเหมาะสม และประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการอบรม และความเหมาะสมของวิทยากร โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 ส่วน คือ การอบรมออนไลน์ และการอบรมแบบเผชิญหน้า เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด



3. แบบประเมินความรู้ 45 ข้อ เป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จัดทำโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาปรับใช้ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มีความรู้ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 70 (0-32 คะแนน) มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 70-79 (32-35 คะแนน) มีความรู้ระดับดี คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (36-45 คะแนน)

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. แบบประเมินตนเองด้านการฝึกภาคปฏิบัติ 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากต้องปรับปรุงถึงดีมาก

6. แบบประเมินการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานหลังอบรม 1 เดือน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากต้องปรับปรุงถึงดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษา หลังจากให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Concurrence : IOC) แล้วพบว่า ทุกแบบประเมินมีค่า IOC ระหว่าง 0.75-1

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 คน กับพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น และทำการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ วิเคราะห์ด้านแบบประเมินความรู้ใช้การหาค่าด้วยสูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson, KR-20) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 แบบประเมินความพึงพอใจของเนื้อหา ด้านความสอดคล้องกับหัวข้อที่กำหนด ความเหมาะสมและประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการอบรม ความเหมาะสมของวิทยากร การฝึกภาคปฏิบัติ การนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงาน ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89, 0.91, 0.85, 0.90, 0.84 และ 0.92 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจของเนื้อหา ด้านความสอดคล้องกับหัวข้อที่กำหนด ความเหมาะสม และประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการอบรม ความเหมาะสมของวิทยากร การฝึกภาคปฏิบัติ การนำความรู้ และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงาน โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความรู้ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการอบรมโดยใช้ Paired t-test



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย 081 ลงวันที่ 15 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 57.5 อายุเฉลี่ย 34.1 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 50.0 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 85.8 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 53.3 สถานที่ปฏิบัติงานเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 72.5 จำนวนระยะเวลาในการทำงานด้านผู้สูงอายุน้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 40.0

2. ผลการประเมินด้านปฏิกิริยา ความพึงพอใจด้านความสอดคล้องของเนื้อหา กับหัวข้อที่กำหนด พบว่า การอบรมออนไลน์ คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.61 ± 0.49 คะแนน ใกล้เคียงกับการอบรมแบบเผชิญหน้า ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.60 ± 0.49 คะแนน ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.722$) ด้านความเหมาะสมของเนื้อหาต่อผู้เข้ารับการอบรม พบว่า การอบรมออนไลน์ คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.57 ± 0.51 คะแนน น้อยกว่าการอบรมแบบเผชิญหน้า เล็กน้อย ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.62 ± 0.45 คะแนน ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.092$) ด้านประโยชน์ของเนื้อหาต่อผู้เข้าอบรม พบว่า การอบรมออนไลน์ คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.61 ± 0.52 คะแนน น้อยกว่าการอบรมแบบเผชิญหน้า ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.67 ± 0.44 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.014$) และด้านความเหมาะสมของวิทยากร พบว่า การอบรมออนไลน์ คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.64 ± 0.49 คะแนน เท่ากันกับการอบรมแบบเผชิญหน้า ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.64 ± 0.50 คะแนน ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.851$) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ผลการประเมินด้านปฏิกริยา (ความพึงพอใจ ด้านความสอดคล้องของเนื้อหา กับหัวข้อที่กำหนด ความเหมาะสมและประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการอบรม และความเหมาะสมของวิทยากร) ต่อการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างการอบรมออนไลน์และแบบเผชิญหน้า (n = 120)

	การอบรมออนไลน์		การอบรมแบบเผชิญหน้า		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความสอดคล้อง					
Mean±SD	4.61±0.49		4.60±0.49		0.722
ระดับ					
ปานกลาง(2.51-3.50)	3.0	2.5	3.0	2.5	
มาก (3.51-4.50)	39.0	32.5	42.0	35.0	
มากที่สุด(4.51-5.00)	78.0	65.0	75.0	62.5	
ความเหมาะสม					
Mean±SD	4.57±0.51		4.62±0.45		0.092
ระดับ					
น้อย (1.51-2.50)	1.0	0.8	0.0	0.0	
ปานกลาง (2.51-3.50)	1.0	0.8	1.0	0.8	
มาก (3.51-4.50)	44.0	36.7	46.0	38.3	
มากที่สุด (4.51-5.00)	74.0	61.7	73.0	60.8	
ประโยชน์					
Mean+SD	4.61±0.52		4.67±0.44		0.014*
ระดับ					
น้อย (1.51-2.50)	1.0	0.8	0.0	0.0	
ปานกลาง (2.51-3.50)	1.0	0.8	1.0	0.8	
มาก (3.51-4.50)	42.0	35.0	36.0	30.0	
มากที่สุด (4.51-5.00)	76.0	63.3	83.0	69.2	
วิทยากร					
Mean±SD	4.64±0.49		4.64±0.50		0.851
ระดับ					
น้อย (1.51-2.50)	1.0	0.8	1.0	0.8	
มาก (3.51-4.50)	39.0	32.5	38.0	31.7	
มากที่สุด (4.51-5.00)	80.0	66.7	81.0	67.5	

p-value จากสถิติ Paired t-test ,* คือมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05



3. ผลการประเมินด้านการเรียนรู้ พบว่า ความรู้ของผู้เข้ารับการอบรม หลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยเพิ่มจาก 25.43 ± 4.29 คะแนน เป็น 42.20 ± 1.98 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2 ในด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ระหว่างก่อนและหลังการอบรม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังอบรม ($n = 120$)

คะแนนความรู้	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Mean $\pm$ SD	25.43 ± 4.29		42.20 ± 1.98		$<0.001^*$
ระดับ					
น้อย (<32 คะแนน)	116	96.7	0	0	
ปานกลาง (32-35 คะแนน)	3	2.5	0	0	
ดี (36 คะแนนขึ้นไป)	1	0.8	120	100	

p-value จากสถิติ Paired t-test ,* คือมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

ตารางที่ 3 ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังอบรม ($n = 120$)

ทัศนคติ	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Mean $\pm$ SD	3.57 ± 0.62		3.57 ± 0.71		0.909
ระดับ					
น้อย (1.51-2.50)	5	4.2	3	2.5	
ปานกลาง (2.51-3.50)	56	46.7	54	45.0	
มาก (3.51-4.50)	51	42.5	49	40.8	
มากที่สุด (4.51-5.00)	8	6.7	14	11.7	

p-value จากสถิติ Paired t-test ,* คือมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

4. ผลการประเมินด้านพฤติกรรม พบว่า การประเมินตนเองด้านการฝึกภาคปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 4.63 ± 0.44 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ผลการประเมินตนเองด้านการฝึกภาคปฏิบัติ ของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตร
ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (n=120)

ระดับความสามารถและคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
Mean±SD	4.63±0.44	
ระดับ		
ปานกลาง (2.51-3.50)	3	2.5
ดี (3.51-4.50)	43	35.8
ดีมาก (4.51-5.00)	74	61.7

5. ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ พบว่า การประเมินตนเองหลังการอบรม 1 เดือนในด้านการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 4.17±0.56 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินตนเองหลังการอบรม 1 เดือนในด้านการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการ
ปฏิบัติงาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (n=120)

ระดับความสามารถและคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
Mean±SD	4.17±0.56	
ระดับ		
ปานกลาง (2.51-3.50)	11	9.2
ดี (3.51-4.50)	76	63.3
ดีมาก (4.51-5.00)	33	27.5

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 มีความพึงพอใจในระดับสูงสุด ทั้งรูปแบบการอบรมออนไลน์และการอบรมแบบเผชิญหน้า โดยไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างรูปแบบการอบรมทั้งสอง นอกจากนี้ ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการอบรม แต่คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการอบรมไม่แตกต่างกัน ส่วนความสามารถในการฝึกภาคปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก และสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน ในระดับดี



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการประเมินด้านปฏิกริยา พบว่า ด้านความเหมาะสมของเนื้อหาการอบรม มีความสอดคล้องเหมาะสม เป็นประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการอบรม และความพึงพอใจต่อวิทยากร อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ขวัญจิรา หวังจิตต์⁽⁹⁾ ที่ศึกษาการประเมินโครงการการฝึกอบรมหลักสูตรการทำวิจัยสู่การประยุกต์ใช้ในการทำงานด้านสาธารณสุข สำหรับบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ปีงบประมาณ 2563-2564 โดยใช้แนวคิดของเคิร์กแพทริก พบว่าผู้เข้ารับการอบรม มีความพึงพอใจต่อการจัดอบรมระดับมากที่สุดในทุกประเด็น และผลการวิจัยของธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมผลการเรียนรู้รายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพ สำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย พบว่า นักศึกษาพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน ระดับมากที่สุด และผลการวิจัยของศราวุธ เรืองสวัสดิ์, ปภาสินี แซ่ด้ว และปิยะรัตน์ ฐุมิ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานทั้งสองประเด็น คือ ความพึงพอใจในภาพรวมของการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียน และการจัดการเรียนการสอนผ่านระบบเครือข่ายอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งการที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องจาก เนื้อหาการอบรมเกี่ยวข้องกับการทำงาน และวิทยากรในการฝึกอบรม เป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับงานด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน ทำให้เนื้อหาที่น่าสนใจมีความชัดเจนตรงประเด็นกับการทำงาน มีเทคนิคการสอนที่เข้าใจง่าย มีการสอดแทรกตัวอย่างให้เห็นจริงและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้ตลอดเวลา

ผลการประเมินด้านการเรียนรู้ พบว่า ในการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน เมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรม มีความรู้หลังการอบรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ธิดารัตน์ เลิศวิทยา⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมผลการเรียนรู้รายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพ สำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย พบว่าคะแนนสอบหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน และผลการวิจัยของปิยาพร สันธุโคตร และสุนทรี มอญทวี⁽¹²⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยการพยาบาลกองทัพบก พบว่า ผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการประเมินด้านพฤติกรรม พบว่า ผลการประเมินตนเองในด้านการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดีมาก การที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องจาก มีการฝึกปฏิบัติให้ผู้เข้าอบรมเกิดทักษะที่สามารถประยุกต์และนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ได้จริง แต่จะมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับ



การใช้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีหลายขั้นตอน ทำให้ผู้เข้าอบรมที่ไม่เคยทำงานด้านกองทุนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ยังไม่เข้าใจเท่าที่ควร

ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ พบว่า การประเมินตนเองหลังการอบรม 1 เดือนในด้านการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ณภัฏ ธนเดชะวัฒน์, พรรัตน์ แสงเดชา และอภิญา อิงอาจ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาการประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านพฤติกรรมตามแนวคิดของเคิร์กแพทริก กรณีศึกษา การฝึกอบรมโครงการพัฒนาผู้นำยุคดิจิทัล พบว่า ผู้เข้าร่วมอบรมมีพฤติกรรมการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการอบรมเป็นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น และได้มีการนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในการทำงาน และผลการวิจัยของ จารุพัชร ชูตาประภา⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษา การประเมินผลโครงการฝึกอบรมหลักสูตรปฐมนิเทศข้าราชการ พนักงานราชการ และพนักงานส่วนท้องถิ่น ก่อนเริ่มปฏิบัติงานในพื้นที่ จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าการฝึกอบรมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรและการดำเนินงานขององค์กรเพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาและพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. นำผลการประเมินเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพและมาตรฐานสอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม
2. ควรจัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการทำงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรับรู้ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1687612748-2406_0.pdf
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: เท็กซัสแอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2559.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข; 2566.



5. จินตวิทย์ คล้ายสังข์. สรุปการบรรยายการอบรมเชิงวิชาการ เรื่อง การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning). [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://qa.hcu.ac.th/km/fileuploads/Blended-learning-2562.pdf>
6. Serhat, Kurt. Kirkpatrick Model : Four Levels of Learning Evaluation. [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 20]. Available from: <https://educationaltechnology.net/kirkpatrick-model-four-levels-learning-evaluation/>
7. Chow, S.-C., Shao, J., & Wang, H.. Sample Size Calculations in Clinical Research. (2nd ed.). Chapman & Hall/CRC; 2003.
8. ปริญญารักษ์ ชนะบุญปวง, จิรยา อินทนา. การวิจัยประเมินผลโครงการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุปีงบประมาณ 2564 โดยใช้แนวคิดการประเมินของสตัฟเฟิลบีม. วารสารการวัดประเมินผลสถิติ และการวิจัยทางสังคมศาสตร์ 2(1); 2564: 36-46.
9. ขวัญธิดา หวังจิตต์. การประเมินผลโครงการการฝึกอบรมหลักสูตรการทำวิจัยสู่การประยุกต์ใช้ในการทำงานด้านสาธารณสุข สำหรับบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี; 2564.
10. ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมผลการเรียนรู้รายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพ สำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 2563; 9(พิเศษ): 125-32.
11. สราวุธ เรืองสวัสดิ์, ปภาสินี แซ่ดี, ปิยะรัตน์ ชูมี. ผลการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก 2563; 21(1): 235-44.
12. ปิยาพร สิ้นธุโคตร, สุนทรี มอญทวี. ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ของนักเรียนพยาบาลศาสตรบัณฑิตปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ. วารสารแพทยนาวิ 2563; 47(1): 158-71.
13. ณภัค ชนเดชะวัฒน์, พรรรัตน์ แสงหาญ, อภิญา อิงอาจ. การประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านพฤติกรรมตามแนวคิดของเคิร์กแพทริก กรณีศึกษาการฝึกอบรมโครงการพัฒนาผู้นำยุคดิจิทัล. วารสารการจัดการธุรกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา 2561; 6(1): 65-80.
14. จารุพัชร คุรุตาประภา. การประเมินผลโครงการฝึกอบรมหลักสูตรปฐมนิเทศข้าราชการพนักงานราชการ และพนักงานส่วนท้องถิ่น ก่อนเริ่มปฏิบัติงานในพื้นที่ จังหวัดชายแดนภาคใต้. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2566.



**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
สู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี**
**FACTORS AFFECTING TO HEALTH LITERACY AND HEALTH BEHAVIORS
TOWARDS SUSTAINABLE QUALITY OF LIFE DEVELOPMENT AMONG STUDENTS
AT RAJAMANGALA UNIVERSITY OF TECHNOLOGY THANYABURI**

Received: April 20, 2024

Revised: May 11, 2024

Accepted: June 19, 2024

อินทรา ทับคล้าย¹, พิมพนธ์ ภูมิภักดีพิชญ์^{1*}, อิศรา ศิริมณีรัตน์¹, อนงค์ รักข่วงศ์¹
Intra Tubklay¹, Pimnapat Bhumkittipich^{1*}, Isara Siramaneerat¹, Anong Rukwong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปีการศึกษา 2566 จำนวน 1,200 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 41.83 และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 44.33 ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม และเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน และเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การจัดการสุขภาพของตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ความรู้ความเข้าใจ และการสื่อสารด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, นักศึกษา

*บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง โมเดลสมการความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนในนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

*This article is part of a research on Causal Relationship Model Explain Health Literacy and Sustainable Quality of Life among Students at Rajamangala University of Technology Thanyaburi

¹ สาขาวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

Department of Social Sciences & Humanities, Faculty of Liberal Arts, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

*Corresponding author E-mail: pimnapat_i@rmutt.ac.th



Abstract

This cross-sectional survey aimed to study the level of health literacy and health behaviors, and investigate factors influencing health literacy and behaviors towards sustainable quality of life development. The participants of the study were consisted of 1,200 undergraduate students studying at Rajamangala University of Technology Thanyaburi in the academic year 2023, selected by Multi-stage Sampling. The research instrument was a questionnaire. The statistics used in this study included frequency, percentage, mean, standard deviation, the analysis of factors influencing health literacy, and health behaviors inferential statistics including enter multiple regression analysis.

The finding in study indicated that the majority of students have a very good level of literacy, at 41.83%, and exhibit unhealthy behaviors at 44.33%. Factors influencing health literacy included social and occupational factors, followed by environmental factors and gender showed statistically significant ($p\text{-value} < 0.05$). Meanwhile, factors influencing health behaviors included environmental factors, followed by social and occupational factors, and gender showed statistically significant ($p\text{-value} < 0.05$). Additionally, factors related to health knowledge affecting health behaviors included self-health management, making correct decisions, understanding, and health communication showed statistically significant ($p\text{-value} < 0.05$).

Keywords: Health literacy, Health-related quality of life, Health behaviors, Students



บทนำ

ทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยหลักที่จะขับเคลื่อนในการพัฒนาประเทศในทุกมิติ ดังที่ยุทธศาสตร์ชาติระยะยาว 20 ปี มีวิสัยทัศน์ที่ต้องการให้ประเทศมี “ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมุ่งเน้นการพัฒนาและยกระดับในทุกมิติและทุกช่วงวัย ให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่ดี เก่ง และมีคุณภาพพร้อมขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไปข้างหน้าได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้น “คนไทยในอนาคตจะต้องมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น มัธยัสถ์ อคออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม มีหลักคิดที่ถูกต้อง และมีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21”⁽¹⁾ อยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ที่ต้องการเสริมสร้างและยกระดับการพัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัย ตลอดช่วงชีวิต ซึ่งการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม สามารถจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง และมีส่วนร่วมให้ทุกภาคส่วนในการสร้างเสริมให้ทุกคนมีสุขภาวะที่ดี และเหมาะสมด้วย

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และนำไปใช้ข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงที่อยู่เสมอ⁽²⁾ บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะประสบปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเองและมีสถานะสุขภาพที่ไม่ดี ต้องเข้ารับรักษาตัวบ่อยทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับผลการประเมินศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชากรวัยเด็ก วัยทำงาน จำนวน 4,800 ตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 80.46 มีการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ระดับพอใช้⁽³⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทรงทรสน์ จินาพงศ์ และภัทรารุณ ขาวสนิ⁽⁴⁾ พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดี มีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ มีกิจกรรมทางกายในระดับที่เพียงพอแต่มีพฤติกรรมเนือยนิ่งที่สูงกว่า ดังนั้น ความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการมีภาวะสุขภาพดี และยังมีปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม โดยนำประยุกต์จากแนวคิดของนันทิมา โดยประเมินความรู้ด้านสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารสุขภาพ 4) การจัดการตนเอง และ 5) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง^(3, 5)

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำของบุคคล หรือคเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยหรือส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารจำพวกแป้ง



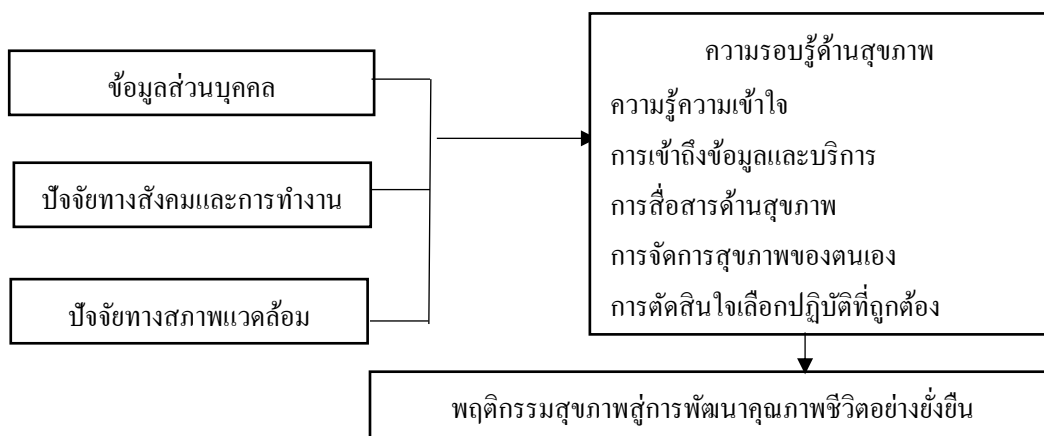
หรือไข่ม้นมากเกินความจำเป็น เป็นต้น ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกตัวบุคคล เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว สภาพแวดล้อม ระบบสาธารณสุข สภาวะจิตใจ เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมของสุขภาพในแต่ละบุคคลอันจะมีผลต่อการเกิดโรคและสภาวะของแต่ละบุคคลนั้น⁽⁶⁾

จากความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขภาพ นั้น ผู้วิจัยเป็นอาจารย์ผู้สอนประจำสาขาวิชาพลศึกษา มีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา เนื่องจากนักศึกษาเป็นกลุ่มคนที่ต้องรับมือกับภารกิจหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การศึกษา การทำงาน หรือการแสดงออกทางสังคม ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมและสภาพเศรษฐกิจที่ท้าทายในการดูแลสุขภาพ อาจเกิดภาวะความเครียด และภูมิคุ้มกันที่ต่ำลง ทำให้ยากที่จะรักษาสมดุลในการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้น ความรู้ด้านสุขภาพในนักศึกษามีความสำคัญอย่างมาก สอดคล้องกับพันธกิจของมหาวิทยาลัย คือ การส่งเสริมให้นักศึกษาคำนึงถึงสุขภาพและบุคลิกภาพที่ดี เพื่อนำไปสู่การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตามนโยบายเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: S.D.Gs) ของสหประชาชาติ บนพื้นฐานแนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” โดยมุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม^(7,8) จึงเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจที่ต้องการทราบถึงผลกระทบของความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา เพื่อนำข้อมูลมาหาแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพให้นักศึกษาเป็นบุคคลที่มีศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างยั่งยืน และพัฒนาประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย





ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ไม่ใช่รูปแบบงานวิจัย แต่เป็นการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งเลือกใช้วิธีการวิจัยแบบเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analysis study) ซึ่งศึกษาในช่วงเดือนธันวาคม 2566-มีนาคม 2567 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการวิจัยและรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี (ภาคปกติ) ที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปีการศึกษา 2566 จำนวน 23,000 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี (ภาคปกติ) ที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปีการศึกษา 2566 โดยกำหนดขนาดตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 5 ของจำนวนประชากร ได้จำนวน 1,150 คน และเพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลด้วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,200 คน⁽⁹⁾ และทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบโควตา (Quota Sampling) ใช้วิธีคิดเปอร์เซ็นต์ร้อยละ 5 ของแต่ละคณะ จำนวน 12 คณะ ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาของสาขาพลศึกษาและนันทนาการ ขั้นที่ 3 ใช้วิธีทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยสุ่มรายชื่อจากบัญชีรายชื่อของนักศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงและพัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ วัยรุ่นไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁰⁾ โดยผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากคำรา เอกสาร บทความวิชาการ ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี คณะที่ศึกษา โรคประจำตัว และความพอเพียงทางเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านสังคม ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ในส่วนที่ 2 และ 3 มีเกณฑ์การแปลผล คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด 1.00-1.50 เห็นด้วยน้อย 1.51-2.50 เห็นด้วยปานกลาง 2.51-3.50 เห็นด้วยมาก 3.51-4.50 เห็นด้วยมากที่สุด 4.51-5.00⁽⁹⁾



ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบวัดความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยมีการประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ Bloom ประกอบด้วย ระดับไม่ถูกต้อง ต่ำกว่า 3 คะแนน ระดับถูกต้องบ้าง 3-4 คะแนน และระดับถูกต้องที่สุด 5-6 คะแนน ตอนที่ 2 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ และการจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุขศึกษา 2561⁽³⁾ ประกอบด้วย ระดับไม่ดี น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับพอใช้ ร้อยละ 60-69 ระดับดี ร้อยละ 70-79 และระดับดีมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตอนที่ 3 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบวัดชนิด 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ก ข ค ง เท่ากับ 1 2 3 4 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ⁽³⁾ ประกอบด้วย ระดับไม่ดี น้อยกว่า 13 คะแนน ระดับพอใช้ 13-15 คะแนน ระดับดีมาก 16-20 คะแนน ดังนั้น การแปลผลการวิเคราะห์คะแนนของระดับความรู้สุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ด้าน โดยคะแนนรวม 0-101 คะแนน กำหนดเกณฑ์ออกเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย ระดับไม่ดี 0-60 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับพอใช้ 61-70 คะแนน (ร้อยละ 60-69) ระดับดี 71-80 (ร้อยละ 70-79) ระดับดีมาก 81-101 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)⁽³⁾

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 5 ระดับ กำหนดคะแนน 0-4 ดังนี้ 0 คือ ไม่ได้ปฏิบัติ 1 คือ นานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) 2 คือ บางครั้ง (3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) 3 คือ บ่อยครั้ง (5-6 ครั้งต่อสัปดาห์) 4 เป็นประจำ (7 ครั้งต่อสัปดาห์) โดยมีคะแนนรวม 64 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับของพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับพอใช้ ร้อยละ 60-69 ระดับดี ร้อยละ 70-79 และระดับดีมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป⁽³⁾

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่า IOC เท่ากับ 0.99 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นของข้อความแต่ละตอนในแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93



การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแบบออนไลน์ด้วย Google form โดยผู้วิจัยเป็นผู้ส่งลิงก์แบบสอบถามให้กับนักศึกษาด้วยตนเอง และประสานงานกับอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาหมวดวิทยาศาสตร์ทั่วไป ส่งลิงก์แบบสอบถามให้กับนักศึกษา ผู้วิจัยประสานงาน และติดตามการตอบกลับ แล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ทั้งหมดมาทำการบันทึกให้รหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับปัจจัยทางสังคมและการทำงาน ระดับปัจจัยทางสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ และวิเคราะห์ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้การรับรองจริยธรรมในวันที่ 28 พฤศจิกายน 2566 และดำเนินการเก็บข้อมูลในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 เริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566–มีนาคม 2567 โดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ ถ้าต้องการข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล** พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 716 คน คิดเป็นร้อยละ 59.67 และเพศชายจำนวน 484 คน คิดเป็นร้อยละ 40.33 มีอายุ 19 ปี จำนวน 332 คน คิดเป็นร้อยละ 27.67 กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 จำนวน 603 คน คิดเป็นร้อยละ 50.25 โดยศึกษาที่คณะบริหารธุรกิจ จำนวน 309 คน คิดเป็นร้อยละ 25.75 นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 1061 คน คิดเป็นร้อยละ 88.42 และด้านความพอเพียงทางเศรษฐกิจ คือ พอใช้ ไม่เหลือเก็บ จำนวน 538 คน คิดเป็นร้อยละ 44.83

2. **ข้อมูลปัจจัยทางสังคมและการทำงาน** พบว่า นักศึกษามีการปฏิบัติตนทางด้านสังคมและการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.59) เมื่อพิจารณารายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ และระดับมาก 10 ข้อ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุดสามลำดับแรก ดังนี้ ท่านให้เกียรติต่อบุคคลอื่นรอบข้างเสมอ ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.66) รองลงมา คือ ท่านแสดงความยินดีกับเพื่อนเมื่อเพื่อนประสบความสำเร็จ ($\bar{X} = 4.52$, S.D. = 0.68) และท่านมีการพูดคุยติดต่อสื่อสารกับครอบครัวเป็นประจำทุกวัน ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = 0.92)



3. ข้อมูลปัจจัยทางสภาพแวดล้อม พบว่า นักศึกษามีความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = 0.63) เมื่อพิจารณารายชื่ออยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุดสามลำดับแรก ดังนี้ สภาพรอบนอกของมหาวิทยาลัย ด้านการบริโภคอาหารมีเพียงพอ สะอาดและปลอดภัย ($\bar{X} = 4.01$, S.D. = 0.80) รองลงมา คือ ความสะอาดโดยรอบภายในมหาวิทยาลัย เช่น ตัวอาคาร ห้องน้ำ ทางเดิน ถนน สนามกีฬา และสถานที่พักผ่อน ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.78) และระบบรักษาความปลอดภัยภายในมหาวิทยาลัย ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.84)

4. ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 78.44$, S.D. = 9.99) โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีระดับคะแนนเฉลี่ยที่มีสัดส่วนต่อคะแนนเต็มมากที่สุด คือ ร้อยละ 82.33 รองลงมา ได้แก่ การสื่อสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 80.87 การจัดการสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 77.85 และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ร้อยละ 77.76 ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีระดับคะแนนเฉลี่ยที่มีสัดส่วนต่อคะแนนเต็มน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 53.29

นักศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก จำนวน 502 คน คิดเป็นร้อยละ 41.83 รองลงมา คือ ระดับดี จำนวน 431 คน คิดเป็นร้อยละ 35.92 ระดับพอใช้ จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 17.92 ส่วนระดับไม่ดีมีจำนวนน้อยที่สุด คือ 52 คน คิดเป็นร้อยละ 4.33

5. ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 532 คน คิดเป็นร้อยละ 44.33 รองลงมา มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 258 คน คิดเป็นร้อยละ 21.50 อยู่ในระดับพอใช้จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 21.00 และระดับดีมาก จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 13.17

6. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis) ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					95% CI	
	B	S.E.	β	t	p-value	Lower	Upper
(Constant)	-0.453	0.206		-2.204	0.028*	-0.857	-0.050
เพศ X1	0.324	0.086	0.092	3.782	0.000*	0.156	0.492
อายุ X2	-0.007	0.026	-0.011	-0.249	0.803	-0.058	0.045
ชั้นปี X3	-0.010	0.029	-0.015	-0.348	0.728	-0.068	0.047

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					95% CI	
	B	S.E.	β	t	p-value	Lower	Upper
คณะ X4	0.008	0.006	0.030	1.227	0.220	-0.005	0.020
โรคประจำตัว X5	0.013	0.065	0.005	0.200	0.841	-0.115	0.141
ความพอเพียงเศรษฐกิจ X6	-0.009	0.027	-0.008	-0.334	0.738	-0.063	0.044
ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน X7	0.659	0.046	0.448	14.305	0.000*	0.569	0.750
ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม X8	0.204	0.042	0.150	4.817	0.000*	0.121	0.288

R = 0.560 R² = 0.314, Adj. R² = 0.309, SE_{est} = 0.719 F = 68.084, Sig = 0.000

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ทั้งหมด 3 ตัวแปรได้แก่ เพศ มีค่า $B = 0.324$, $95\%CI = 0.156-0.492$ และ $p\text{-value} = 0.000$ ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน มีค่า $B = 0.659$, $95\%CI = 0.569-0.750$ และ $p\text{-value} = 0.000$ และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม มีค่า $B = 0.204$, $95\%CI = 0.121-0.288$ และ $p\text{-value} = 0.000$ โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ได้ร้อยละ 31.40 ($R^2 = 0.314$) สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้ $\hat{Y}_i = -0.453 + 0.324X_1 + 0.659X_7 + 0.204X_8$

7. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis) ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมกับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัย	พหุติกรรมสุขภาพ					95% CI	
	B	S.E.	β	t	p-value	Lower	Upper
(Constant)	-1.405	0.270		-5.204	0.000*	-1.935	-0.875
เพศ X1	-0.265	0.056	-0.119	-4.709	0.000*	-0.375	-0.154
อายุ X2	0.049	0.035	0.065	1.409	0.159	-0.019	0.116
ชั้นปี X3	0.023	0.039	0.028	0.597	0.550	-0.053	0.099
คณะ X4	-0.001	0.008	-0.003	-0.111	0.911	-0.017	0.015
โรคประจำตัว X5	-0.056	0.085	-0.016	-0.650	0.516	-0.223	0.112
ความพอเพียงเศรษฐกิจ X6	0.042	0.036	0.030	1.184	0.237	-0.028	0.113
ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน X7	0.457	0.060	0.246	7.550	0.000*	0.338	0.575
ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม X8	0.485	0.056	0.282	8.711	0.000*	0.376	0.594

R = 0.504 R² = 0.254, Adj. R² = 0.249, SE_{est} = 0.943 F = 50.613, Sig = 0.000



จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้ทั้งหมด 3 ตัวแปรได้แก่ เพศ มีค่า $B = -0.265$, $95\%CI = -0.375 - -0.154$ และ $p\text{-value} = 0.000$ ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน มีค่า $B = 0.457$, $95\%CI = 0.338-0.575$ และ $p\text{-value} = 0.000$ และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม มีค่า $B = 0.485$, $95\%CI = 0.376-0.594$ และ $p\text{-value} = 0.000$ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ได้ร้อยละ 25.40 ($R^2 = 0.254$) สามารถเขียนสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้ $\hat{Y}_2 = -1.405 - 0.265X_1 + 0.457X_7 + 0.485X_8$

8. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression Analysis) ระหว่าง ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพ					95% CI	
	B	S.E.	β	t	p-value	Lower	Upper
(Constant)	0.877	0.176		4.996	0.000*	0.533	1.221
ความรู้ความเข้าใจ H1	-0.125	0.043	-0.076	-2.925	0.004*	-0.209	-0.041
การเข้าถึงข้อมูลและบริการ H2	0.037	0.050	0.026	0.733	0.464	-0.062	0.135
การสื่อสารด้านสุขภาพ H3	0.107	0.050	0.084	2.143	0.032*	0.009	0.206
การจัดการสุขภาพของตนเอง H4	0.395	0.039	0.364	10.009	0.000*	0.317	0.472
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง H5	-0.156	0.039	-0.104	-3.997	0.000*	-0.232	-0.079

$R = 0.463$ $R^2 = 0.214$, $\text{Adj. } R^2 = 0.211$, $\text{SE}_{\text{est}} = 0.967$ $F = 65.014$, $\text{Sig} = 0.000$

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้ทั้งหมด 4 ตัวแปรได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ มีค่า $B = -0.125$, $95\%CI = -0.209 - -0.041$ และ $p\text{-value} = 0.004$ การสื่อสารด้านสุขภาพ มีค่า $B = 0.107$, $95\%CI = 0.009-0.206$ และ $p\text{-value} = 0.032$ การจัดการสุขภาพของตนเอง มีค่า $B = 0.395$, $95\%CI = 0.317-0.472$ และ $p\text{-value} = 0.000$ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่า $B = -0.156$, $95\%CI = -0.232 - -0.079$ และ $p\text{-value} = 0.000$ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ได้ร้อยละ 21.40 ($R^2 = 0.214$) สามารถเขียนสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้ $\hat{Y} = 0.877 - 0.125H_1 + 0.107H_3 + 0.395H_4 - 0.156H_5$

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีการปฏิบัติตนทางด้านสังคมและการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก



ในเรื่องของสภาพรอบนอกของมหาวิทยาลัย ด้านการบริโภคอาหารมีเพียงพอ สะอาด และปลอดภัย มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก แต่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ผลการวิเคราะห์พบว่า 3 ตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ได้แก่ เพศ ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม สำหรับปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ มี 4 ตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การสื่อสารด้านสุขภาพ การจัดการสุขภาพของตนเอง และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีในภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งหมายถึง นักศึกษามีความรู้และปฏิบัติตนได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ประกอบกับเป็นกลุ่มวัยรุ่นหรือวัยทำงานจึงมีสุขภาพที่แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในหลายๆ งาน ที่พบว่า กลุ่มวัยรุ่นหรือวัยทำงานมีความรู้ด้านสุขภาพระดับดี^(3,11,12) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะข้อมูลและบริการสุขภาพในปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้ง่ายจากหลายแหล่ง เช่น ตามผู้รู้ จากสื่อ อ่าน หนังสือ ค้นหาในอินเทอร์เน็ตได้ สามารถไปปรึกษาแพทย์ หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการ ดังนั้นจึงทำให้นักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสกวเนตร ไทรแจ่มจันทร์, วัลลภา อังคารา, อุษณีย์ บุญบรรจบ และธรรณัฐ ถิ่นสอน⁽¹³⁾ ที่พบว่า ผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูง หรือเพียงพอจะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลการศึกษาของ เบญจวรรณ สอนอาจ⁽¹⁴⁾ ได้เสนอแนะว่า แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ควรส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล และสามารถตรวจสอบข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่ง

ส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี อาจกล่าวได้ว่า นักศึกษามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพยังไม่เพียงพอหรือดีพอ ถึงแม้จะมีความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายนานๆ ครั้ง การรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารประเภททอด ขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม สูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพไปในทางลบ เช่นเดียวกับงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรม 3อ. 2ส. ที่ไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุสำคัญจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำ^(15,16)



2. จากผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ ปัจจัยทางสังคมและการทำงาน ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีเพียงเพศเท่านั้นที่ส่งผล โดยเพศหญิงจะมีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากธรรมชาติของผู้หญิงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา รวมไปถึงการเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ^(12,13,17,18)

2.2 ปัจจัยทางสังคมมีผลต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า อิทธิพลจากบุคคลรอบข้างจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยสร้างแรงบันดาลใจให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น การได้รับคำแนะนำหรือให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพจากอาจารย์หรือเพื่อน บุคคลในครอบครัวปฏิบัติตนเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเลียนแบบการที่ชื่นชอบมีการใส่ใจดูแลสุขภาพและออกกำลังกาย จะทำให้เกิดแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น^(19,20)

2.3 ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมมีผลต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากมหาวิทยาลัยมีแหล่งทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกที่เข้าถึงได้ง่ายที่จะเป็นปัจจัยเอื้อในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ไม่ว่าจะเป็นความสะอาดของตัวอาคาร และพื้นที่โดยรอบมหาวิทยาลัย แหล่งจำหน่ายอาหารที่หลากหลาย สะอาดและปลอดภัย มีสนามกีฬา และสวนสาธารณะที่ให้นักศึกษาได้ออกกำลังกาย และพักผ่อน จึงทำให้นักศึกษาหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของฐปรัตน์ รักภานุสิทธิ์ และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การมีแหล่งและการเข้าถึงทรัพยากรทางสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

3. จากผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยที่นักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีมาก แต่พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี แต่มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากนักศึกษาโดยส่วนใหญ่มีสุขภาพที่แข็งแรง มีความรู้ด้านสุขภาพ แต่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองเท่าที่ควร โดยยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด ไขมันสูง น้ำอัดลม รวมไปถึงมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ อาจเป็นเพราะเรียนหนัก การบ้านเยอะ และใช้เวลาว่างในการเล่นเกมนคอมพิวเตอร์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ฐปรัตน์ รักภานุสิทธิ์ และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ทั้งนี้ ปัจจัยการจัดการสุขภาพของตนเองมีอิทธิพลสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่า การที่นักศึกษามีความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับดีมาก ไม่ได้บอกถึงการปฏิบัติที่ดีมากตามไป



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. มหาวิทยาลัยควรจะมีการส่งเสริมให้มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพในรูปแบบสื่อสิ่งพิมพ์ หรืออินเทอร์เน็ต มีการพัฒนาข้อมูลให้ทันสมัย น่าเชื่อถือและน่าสนใจ ให้ความรู้ข่าวสารที่ถูกต้อง โดยเน้นการสื่อสารที่นักศึกษาสามารถสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพได้ตลอดเวลา
2. ควรส่งเสริมให้นักศึกษามีความตระหนักเรื่องสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสื่อสารและรณรงค์ด้านสุขภาพ และมีการจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ควรมีการมอบหมายให้นักศึกษานำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพ
3. ในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล โดยสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น จัดกิจกรรมประกวดให้รางวัลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนสนับสนุนงบประมาณในจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่ทำให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพไม่ดี นำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มเติม
2. ควรนำผลจากการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มาพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ให้เหมาะสมกับทุกช่วงวัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561–2580 (ฉบับย่อ). [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf
2. อังศินันท์ อินทรกำแหง. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. กองสุขศึกษา. สรุปผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2565.



4. ทรงพรรณ จินาพงศ์ และภัทรารุช ชาวสนธิ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและ กิจกรรมทางกายของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ. วารสารสุขภาพ พลศึกษา และสันทนาการ 2563; 46(2): 56-67.
5. Nutbeam, D. The evolving concept of Health Literacy. Social Science & Medicine 2008; 67: 2072-2078.
6. วริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัย ทำงานอายุ 15-59 ปี ปี2564 เขตสุขภาพที่ 6. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc6.anamai.moph.go.th/general-of-3/download/?did=207681&id=80295&reload=>
7. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. นโยบายและยุทธศาสตร์ระยะที่ 2 พ.ศ.2566-2570. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2565.
8. สหประชาชาติประเทศไทย. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thailand.un.org/th/sdgs>
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
10. วิมล โรมา และสายชล คล้ายเอี่ยม. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
11. อังศินันท์ อินทรกำแหง. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
12. ชัญญา อนุเคราะห์, ปัญชลิกา นาคคงคำ และนุสรี ศิริพัฒน์. สถานการณ์ความรอบรู้ด้าน สุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 1. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2564; 11(1): 1-14.
13. สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์, วัลลภา อังคารา, อุษณีย์ บุญบรรจบ และฐานุช ถิ่นสอน. ความ รอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลอง ถนน). วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(3): 376-386.
14. เบญจวรรณ สอนอาจ. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร มหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562.
15. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.



16. ทรรศนีย์ บุญมั่น. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์ 2566; 4(1): 137-152.
17. ประพันธ์ เข้มแก้ว และนิกรณรัตน์ ภักดีวัฒน์. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน กลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2564; 2(2): 32-42.
18. ชัชชฎาพร พิสมร, อลงกต ประสานศรี, เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น และนัตร์สุดา มาทา. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาสาธารณสุขชุมชน สถาบันอุดมศึกษาในภาคเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2565; 40(2): 75-84.
19. ภฤดา แสงสินสร. การศึกษาเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2564; 2(2): 43-54.
20. รุปรัตน์ รัชภานุสิทธิ์, นฤมล จินเมือง, และนันทิยา ไชยนี้้ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2561; 29(3): 170-178.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน่าน

THE EFFECTS OF HEALTH LITERACY PROMOTION PROGRAM FOR CAREGIVERS OF PEDIATRIC PATIENTS WITH ACUTE BRONCHITIS IN WARD OF NAMNAO HOSPITAL

Received: May 12, 2024

Revised: June 25, 2024

Accepted: July 06, 2024

ทิพย์ฤดี สีมา^{1*}

Thiprudee Seema^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (2) ศึกษาอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยเด็กโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านการดูแลของผู้ดูแลฯ ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และ 0.70 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.928 และ 0.751 ตามลำดับ รวมทั้งแบบบันทึกอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 33.93 คะแนน (95%CI = 28.40-39.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการดูแลเพิ่มขึ้น 5.8 คะแนน (95%CI = 4.56-7.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 ตามลำดับ และผู้ป่วยไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

โปรแกรมนี้ สามารถปรับใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กในกลุ่มโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจส่วนบนอื่นๆ ได้

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, โปรแกรมส่งเสริม, ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก, โรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

¹ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน

Nursing Department, Namnao Hospital

*Corresponding author E-mail: thiprudeeseema88@gmail.com



Abstract

This quasi-experimental research with one-group pretest-posttest design aimed to study the effects of health literacy promotion programs on health literacy, care behavior of caregivers of pediatric patients with acute bronchitis and pediatric patients with acute bronchitis's readmission in ward of Namnao Hospital. The participants included caregivers of pediatric patients with acute bronchitis (n= 30). The research instruments were the health literacy promotion program and personal information, health literacy and care behavior evaluation form that the content validity of the tool was considered good as shown by the index of item objective congruence (IOC) of 0.90 and 0.70 and reliability was 0.928 and 0.751 respectively, including the record of readmission form. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics.

Research results revealed that the average score on health literacy was significantly increased 33.93 (95%CI = 28.40-39.47, p-value = 0.000) and care behavior of caregivers was significantly increased 5.8 (95%CI = 4.56-7.04, p-value = 0.000) respectively after implementing the health literacy promotion program and pediatric patients with acute bronchitis did not readmit.

In conclusion, this program should be applied to other groups of caregivers of pediatric patients with acute upper respiratory infection.

Keywords: Acute Bronchitis, Caregiver of Pediatric Patients, Health Literacy, Promotion Program



บทนำ

โรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (Acute Bronchitis หรือ Acute Tracheobronchitis) เป็นการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนล่างตั้งแต่ distal trachea ลงไป จนถึง medium และ large-sized bronchi ถึงแม้ว่าโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis) เป็นโรคที่ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงและหายเองได้ แต่หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม อาจพบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ปอดอักเสบในรายที่มีการระบายเสมหะไม่ดี มีเสมหะค้างค้างอาจเกิดเป็นหลอดลมอักเสบเรื้อรังหรือโรคปอดเรื้อรังตามมาได้⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย 10 อันดับแรก จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2562 (เฉพาะกลุ่มอายุที่เป็น 10 อันดับแรก) พบว่า โรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและหลอดลมเล็กอักเสบเฉียบพลัน ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กต่ำกว่า 1 ปี จนถึง 14 ปี⁽²⁾

โรงพยาบาลน้ำหนาวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ข้อมูลผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2566 จากเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนมีนาคม 2566 พบว่า โรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis) เป็นอันดับโรคผู้ป่วยในที่มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงที่สุด จำนวน 54 ครั้ง และเป็นอันดับโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงที่สุด จำนวน 227,742 บาท ตามลำดับ ถึงแม้ยังไม่พบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-Admitted) แต่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน ของโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis) จำนวน 7 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี ดังนั้น โรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis) ในเด็กถือได้ว่าเป็นหนึ่งในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำหนาว ซึ่งปกติทั่วไปผู้ป่วยเด็กจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ การทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กมีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) แก่ประชาชนมาใช้อย่างกว้างขวาง

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน มีเพียงรายงานการศึกษาเกี่ยวกับโรคอื่นที่คล้ายคลึงกันในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก อาทิเช่น รายงานการศึกษาของ คณิงนิช วิษุและคณะ⁽³⁾ เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัดใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.12 (SD = 8.48) และมีพฤติกรรมดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัดใจพิการแต่กำเนิดโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.54 (SD = 10.80) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ



เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.390$, $p\text{-value} < 0.01$)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี โรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis) ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน่าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการดูแลอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (Re-Admitted)

วัตถุประสงค์การวิจัย

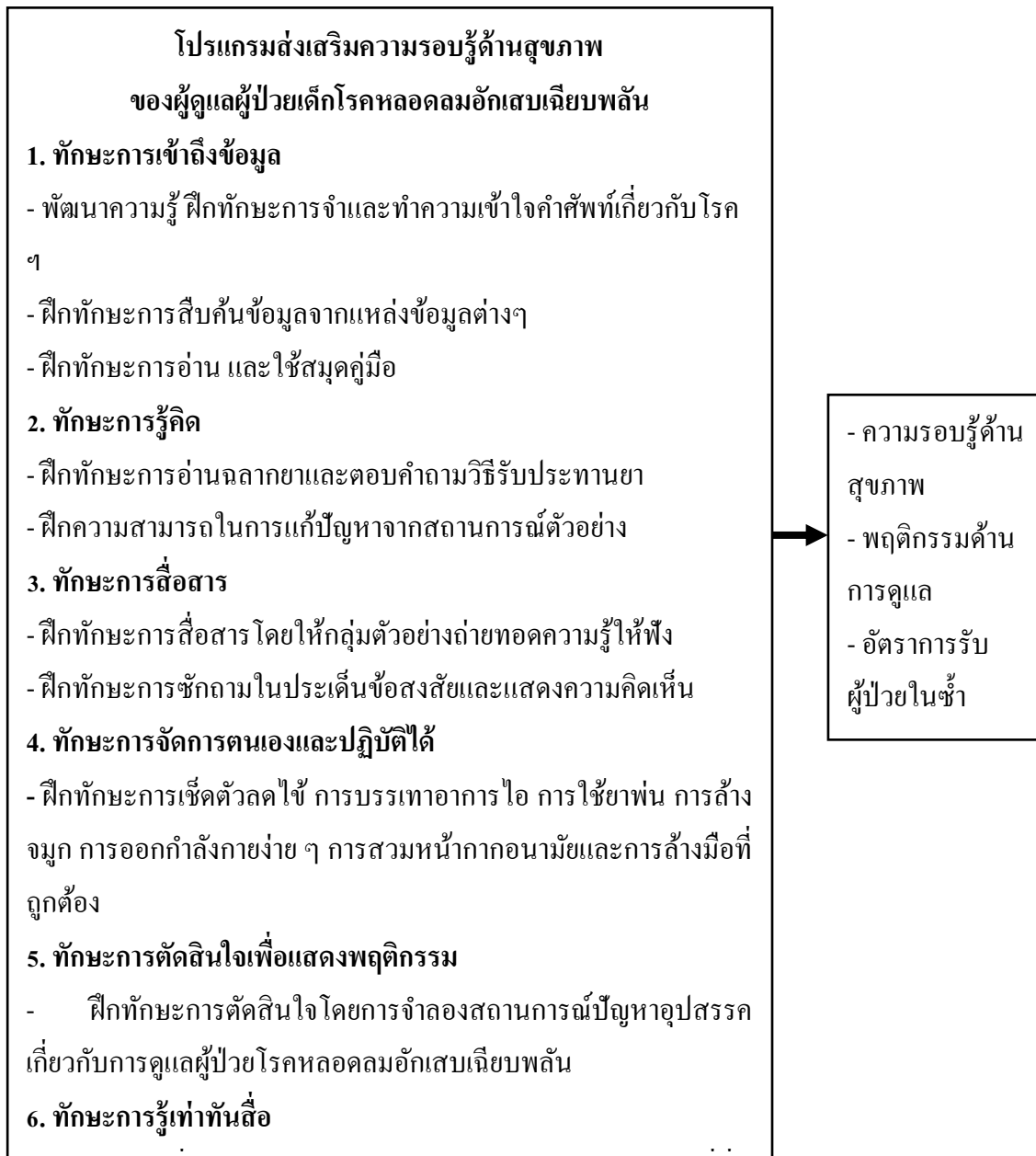
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลันก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-Admitted) ของผู้ป่วยเด็กโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ก่อนและหลังผู้ดูแลเข้าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมโดยเชื่อว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่มีความรู้ด้านสุขภาพ จะสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมและรักษาสุขภาพเด็กป่วยที่เหมาะสม⁽⁴⁾ นอกจากเป็นการส่งเสริมและรักษาสุขภาพแล้ว ยังรวมไปถึงผลลัพธ์อื่นๆ ความรู้ด้านสุขภาพ มี 6 ประการ⁽⁵⁾ ได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) 6) การจัดการตนเอง (Self-management) โดยแนวคิดนี้อธิบายว่าเมื่อบุคคลสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้น จะส่งผลให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้เกิดการสร้างทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ การสื่อสาร การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลและการจัดการตนเองด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของบุคคลนั้นร่วมกับทีมสุขภาพ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสม⁽⁶⁾



กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหลอดเลือดอักเสบเฉียบพลันที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน รพ.น้ำหนาว ตั้งแต่วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566–31 มกราคม 2567 จำนวน 43 คน



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลันที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน รพ.น้ำหนาว คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากหลักการอำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยมีค่า α เท่ากับ 0.05 Power เท่ากับ 0.8 โดยคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้เท่ากับ 1.58 นำมาเปิดตาราง Cohen Table⁽⁷⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือออกจากการศึกษา จึงปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ตามสูตร $n_{adj} = n/(1-R)^2$ ได้เป็น $25/(1-0.1)^2 = 30.86$ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลันที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี, ไม่จำกัดเพศ, ระยะเวลาที่เป็นโรค, ดูแลเด็กมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และอยู่อาศัยบ้านเดียวกัน, พุฒคลุยสื่อสารและมาตามนัดได้) เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ดูแลไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของดอน นัทปิม⁽⁵⁾ ดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลัน 2) ทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลัน 3) ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลัน 4) ทักษะการจัดการและปฏิบัติได้ 5) ทักษะการตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรม 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ นำมาจัดชุดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลเรียนรู้ผ่านการสอน สื่อ คู่มือ แผ่นพับความรู้ ใบงาน การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ จำนวนทักษะละ 1 ครั้ง โดยทักษะที่ 1 2 และ 3 ดำเนินการวันแรกกับที่ผู้ป่วยมาอน โรงพยาบาลทักษะละ 10 นาที รวมระยะเวลาที่ใช้ 30 นาที และทักษะที่ 4 5 และ 6 ดำเนินการในวันที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทักษะละ 10 นาที รวมระยะเวลาที่ใช้ 30 นาที

2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ลักษณะคำถาม เป็นแบบมีตัวเลือก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลันและแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของดอน นัทปิม⁽⁵⁾ โดยแบ่งตามทักษะ 6 ด้าน ดังนี้

2.1 การเข้าถึงข้อมูลโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลัน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการอ่าน การเห็น การฟัง สามารถ ค้นหาข้อมูล สามารถเลือกแหล่งข้อมูลและตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลันได้อย่างถูกต้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามความถี่ในการเข้าถึงข้อมูล เกณฑ์การให้คะแนนข้อความดังนี้ ทุกครั้ง 4 คะแนน บ่อยครั้ง 3 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน นานๆ ครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยเลย 0 คะแนน



จำนวน 5 ข้อ รวม 20 คะแนน การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ⁽⁸⁾ ดังนี้ 0-11 คะแนน (ร้อยละ 0-59) หมายถึง ทักษะระดับไม่ดีพอ 12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายถึง ทักษะระดับพอใช้ 16-20 คะแนน (ร้อยละ 80-100) หมายถึง ทักษะระดับดีมาก

2.2 การรู้คิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ถูกต้อง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยคิดคะแนนข้อละ 4 คะแนน จำนวน 5 ข้อ รวม 20 คะแนน การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ⁽⁸⁾ ดังนี้ 0-11 คะแนน (ร้อยละ 0-59) หมายถึง ทักษะระดับไม่ดีพอ 12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายถึง ทักษะระดับพอใช้ 16-20 คะแนน (ร้อยละ 80-100) หมายถึง ทักษะระดับดีมาก

2.3 การสื่อสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการพูด โต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ใ้บุคคลอื่นเข้าใจได้ สามารถติดต่อขอคำปรึกษา ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามความถี่ในการสื่อสาร เกณฑ์การให้คะแนนข้อความดังนี้ ทุกครั้ง 4 คะแนน บ่อยครั้ง 3 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน นานๆ ครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยเลย 0 คะแนน จำนวน 5 ข้อ รวม 20 คะแนน การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ⁽⁸⁾ ดังนี้ 0-11 คะแนน (ร้อยละ 0-59) หมายถึง ทักษะระดับไม่ดีพอ 12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายถึง ทักษะระดับพอใช้ 16-20 คะแนน (ร้อยละ 80-100) หมายถึง ทักษะระดับดีมาก

2.4 การจัดการตนเองและปฏิบัติได้ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการใช้มีอาการไอ มีน้ำมูก มีอาการหอบการไอใช้ยาพ่นลูกฉี การออกกำลังกายและการใช้ยาได้ถูกต้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามความถี่ในการจัดการตนเองและปฏิบัติได้ เกณฑ์การให้คะแนนข้อความดังนี้ ทุกครั้ง 4 คะแนน บ่อยครั้ง 3 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน นานๆ ครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยเลย 0 คะแนน จำนวน 5 ข้อ รวม 20 คะแนน การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ⁽⁸⁾ ดังนี้ 0-11 คะแนน (ร้อยละ 0-59) หมายถึง ทักษะระดับไม่ดีพอ 12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายถึง ทักษะระดับพอใช้ 16-20 คะแนน (ร้อยละ 80-100) หมายถึง ทักษะระดับดีมาก

2.5 การตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมของผู้ดูแล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการคิด ไตร่ตรองตัดสินใจเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ก-ข-ค) โดยคิดคะแนนข้อละ 4 คะแนน จำนวน 5 ข้อ รวม 20 คะแนน การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ⁽⁸⁾ ดังนี้ 0-11 คะแนน (ร้อยละ 0-59) หมายถึง ทักษะระดับไม่ดีพอ 12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายถึง ทักษะระดับพอใช้ 16-20 คะแนน (ร้อยละ 80-100) หมายถึง ทักษะระดับดีมาก



2.6 การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดอักเสบเฉียบพลัน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดอักเสบเฉียบพลัน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับตามความถี่ในการรู้เท่าทันสื่อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อความดังนี้ ทุกครั้ง 4 คะแนน บ่อยครั้ง 3 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน นานๆ ครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยเลย 0 คะแนน จำนวน 5 ข้อ รวม 20 คะแนน การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ⁽⁸⁾ ดังนี้ 0-11 คะแนน (ร้อยละ 0-59) หมายถึง ทักษะระดับไม่ดีพอ 12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายถึง ทักษะระดับพอใช้ 16-20 คะแนน (ร้อยละ 80-100) หมายถึง ทักษะระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหลอดเลือดอักเสบเฉียบพลัน ลักษณะของแบบสอบถามจะเป็นคำถามปรนัยตามความถี่ของพฤติกรรมด้านการดูแล เกณฑ์การให้คะแนนข้อความ ดังนี้ เป็นประจำ 2 คะแนน หมายถึง 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์ บางครั้ง 1 คะแนน หมายถึง 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่เคย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 10 ข้อ รวม 20 คะแนน การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ⁽⁸⁾ ดังนี้ 0-11 คะแนน (ร้อยละ 0-59) หมายถึง พฤติกรรมระดับไม่ดีพอ 12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายถึง พฤติกรรมระดับพอใช้ 16-20 คะแนน (ร้อยละ 80-100) หมายถึง พฤติกรรมระดับดีมาก

ส่วนที่ 4 ข้อมูลอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re – Admitted) ของผู้ป่วยเด็กโรคหลอดเลือดอักเสบเฉียบพลัน เก็บข้อมูลจากการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ก่อนและหลังผู้ดูแลเข้าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำแบบสอบถามไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมด้านการดูแลมีค่า IOC เท่ากับ 0.9 และ 0.7 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมด้านการดูแลมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.928 และ 0.751 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์และเปรียบเทียบวันกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมด้านการดูแลก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ อนุมัติผ่านจริยธรรมการวิจัยเลขที่ IEC-007-2567 ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของตัวอย่างวิจัยและปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิของตัวอย่างวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหลอดเลือดอักเสบเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 76.7 มีอายุน้อยกว่า 55 ปี ร้อยละ 63.3 (Mean = 37.63 ปี, S.D.= 10.937) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 86.7 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 36.7 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 63.3 มีรายได้ 5,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป ร้อยละ 53.3 (Mean = 2,470 บาท, S.D.= 629) และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ถึงร้อยละ 70.0

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหลอดเลือดอักเสบเฉียบพลันรายทักษะและเฉลี่ย 6 ทักษะ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (n = 30)

ความรู้ด้านสุขภาพ (ทักษะ)	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ			หลังเข้าโปรแกรมฯ		
	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
1. เข้าถึงข้อมูล	6.80	4.69	ระดับไม่ดีพอ	12.13	3.91	ระดับพอใช้
2. รู้คิด	14.60	5.39	ระดับพอใช้	19.46	1.38	ระดับดีมาก
3. สื่อสาร	8.63	5.55	ระดับไม่ดีพอ	16.37	2.89	ระดับดีมาก
4. จัดการตนเอง	13.90	4.32	ระดับพอใช้	18.83	1.68	ระดับดีมาก
5. ตัดสินใจ	16.27	4.57	ระดับดีมาก	19.60	1.61	ระดับดีมาก
6. รู้เท่าทันสื่อ	6.27	5.15	ระดับไม่ดีพอ	14.00	3.35	ระดับพอใช้
ความรู้เฉลี่ย 6 ทักษะ	11.08	4.35	ระดับไม่ดีพอ	16.73	3.13	ระดับดีมาก



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด
อีกเสบเย็บพลาติน รายทักษะและโดยรวม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้
ด้านสุขภาพ (n = 30)

ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (ทักษะ)	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรมฯ		Mean difference (95%CI)	p-value
	คะแนน เฉลี่ย	S.D.	คะแนน เฉลี่ย	S.D.		
1. เข้าถึงข้อมูล	6.80	4.69	12.13	3.91	5.33	0.000*
2. รู้คิด	14.60	5.39	19.46	1.38	4.87	0.000*
3. สื่อสาร	8.63	5.55	16.37	2.89	7.73	0.000*
4. จัดการตนเอง	13.90	4.32	18.83	1.68	4.93	0.000*
5. ตัดสินใจ	16.27	4.57	19.60	1.61	3.33	0.000*
6. รู้เท่าทันสื่อ	6.27	5.15	14.00	3.35	7.73	0.000*
ความรอบรู้ โดยรวม	66.47	23.79	100.40	10.75	33.93	0.000*

* p-value < 0.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอีกเสบ
เย็บพลาติน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 30)

พฤติกรรม	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ			หลังเข้าโปรแกรมฯ		
	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
การดูแล	10.47	3.40	ระดับไม่ดีพอ	16.27	2.16	ระดับดีมาก

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด
อีกเสบเย็บพลาติน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 30)

พฤติกรรม	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรมฯ		Mean difference (95%CI)	p-value
	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	คะแนนเฉลี่ย	S.D.		
การดูแล	10.47	3.40	16.27	2.16	5.80	0.000*

* p-value < 0.05



อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re – Admitted)

การเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กด้วยโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลันภายใน 28 วัน (Re – Admitted) ก่อนและหลังผู้ดูแลเข้าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพบว่า ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ ไม่มีผู้ป่วยเด็กกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลันภายใน 28 วัน (Re-Admitted)

สรุปผลการวิจัย

ภายหลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลัน มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 33.93 คะแนน (95%CI = 28.40-39.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 และคะแนนพฤติกรรมด้านการดูแลเพิ่มขึ้น 5.8 คะแนน (95%CI = 4.56-7.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 ตามลำดับ และผู้ป่วยไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ (Re-Admitted)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลรายทักษะและโดยรวม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยกิจกรรมในโปรแกรมฯ จะมีการให้ความรู้และวัดความรู้ด้วย เมื่อผู้ดูแลมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแล พลวัตรของกระบวนการคิดจากฐานความรู้ก็จะสนับสนุนให้มิติอื่น อาทิ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อมีคะแนนสูงขึ้นด้วย สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาก่อนหน้า⁽⁹⁻¹¹⁾ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จึงไม่มีปัญหาด้านการอ่าน การเขียน การสื่อสาร อีกทั้งยังสามารถสืบค้นข้อมูลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตและสามารถวิเคราะห์เบื้องต้นได้ จึงสนับสนุนให้โปรแกรมเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ

2. การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมด้านการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการดูแลสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยกิจกรรมในโปรแกรมฯ จะเน้นให้ผู้ดูแลตระหนักถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ รวมทั้งเสริมทักษะและการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ



การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาลำดับแรก^(3,10-14) พบว่า ผลการศึกษาของคณะนิติ วิชา และคณะ⁽³⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.390$, $p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งการศึกษานี้ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการดูแลของผู้ดูแลสูงขึ้นเช่นเดียวกัน

3. การเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-Admitted) ของผู้ป่วยเด็กด้วยโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน พบว่า ก่อนและหลังผู้ดูแลเข้าโปรแกรมฯ ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาของ ประดับเพชร เจนวิพากษ์ และคณะ⁽⁹⁾ และผดุงแก้ว คลังคา และคณะ⁽¹¹⁾ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้น จึงเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการนำไปใช้ โรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนี้ไปปรับใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจส่วนบนอื่นๆ ได้
2. ด้านการวิจัย แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่พบผู้ป่วยเด็กกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน แต่จากข้อมูลย้อนหลังงานผู้ป่วยใน รพ.น้ำหนาว ยังคงพบว่า มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนและ 1 ปี ผู้วิจัยจึงควรมีการติดตามผลการวิจัยที่ระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กมีความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลที่ดีอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่กลับเข้ามารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์หญิงวิจิตรา แพงชะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำหนาว ที่ได้สนับสนุนและเป็นที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และขอขอบคุณ แพทย์ พยาบาล และกลุ่มตัวอย่างวิจัยทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2562.
2. กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงาน การป่วย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. คณินิจ วิชา, อุษณีย์ จินตะเวช, สุธิศา ล่ามช้าง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ. พยาบาลสาร 2564; 48(2): 193-205.
4. 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.
5. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008; 67(12): 2072-8.
6. Nutbeam, D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? Int. J Public Health 2009; 54: 303-5.
7. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd edition. Lawrence Erlbaum: Hillsdale NJ; 1988.
8. นันทกานต์ แสนรักษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ ในการควบคุมโรคเบาหวาน ตำบลแม่กา อำเภอมือง จังหวัดพะเยา. ปริญาสาธาณสุขศาสตร มหาบัณฑิต. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2563.
9. ประดับเพชร เจนวิพากษ์, วัลยา คะศรีทอง, นกษา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ของผู้ดูแลและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรค หอบหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ งานผู้ป่วยในกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย. ราชวคีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2565; 12(2): 164-77.
10. สุจิน เพชรหมาก. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มารดาต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://hr.ptho.moph.go.th/fileupload/dep_10_20211216873427238.pdf



11. ผนีกแก้ว คลังคา, วิลาวัณย์ จันทิ, อัมภา ทาเวียง. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแล. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล 2562; 32(2): 40-49.
12. จุฑาทิพย์ นามม่อง, ณัชนันท์ ชีวานนท์, จินตนา วัชรสินธุ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของมารดา ในการดูแลบุตรวัยหัดเดินที่ติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562; 27(3): 43-53.
13. วัลลณี นาคศรีสังข์. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564; 4(1): 82-98.
14. ศิราณี อิ่มน้ำขาว, วิภาดา ดวงพิทักษ์, ไรจูณ กุลจิตพิงศ์, อลิสา ผาบพุทธา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมต่อความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคปอดบวม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565; 19(3): 165-76.



ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดจันทบุรี

THE EFFECT OF ORAL HEALTH LITERACY PROMOTING PROGRAM ON ORAL HEALTH CARE BEHAVIOR AMONG GRADE 6 STUDENTS IN CHANTHABURI PROVINCE

Received: June 17, 2024

Revised: July 07, 2024

Accepted: July 12, 2024

จักรกฤษณ์ โพธิ์ศรี¹, ปาจริย์ อับดุลลาซิม², นิภา มหารัษฎพงศ์^{2*}
Jarkklit Phosri¹, Pajaree Abdullakasim², Nipa Maharachpong^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านมะขาม จังหวัดจันทบุรี กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทั้งหมดของโรงเรียน จำนวน 50 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test และ Independent t-test กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ยกเว้นความรู้สุขภาพช่องปากด้านการรู้เท่าทันสื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากไปประยุกต์ใช้ในแผนงาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนให้ดียิ่งขึ้น โดยนำโปรแกรมไปปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพช่องปาก, ความรู้ทางสุขภาพ, นักเรียนชั้นประถมศึกษา

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University

² สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Burapha University

*Corresponding author E-mail: Nipam@go.buu.ac.th



Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of an oral health literacy enhancement program on the oral health care behaviors of Grade 6 students at Ban Makham School, Chanthaburi Province. The sample consisted of all 50 Grade 6 students at the school, who were selected by drawing lots and divided into an experimental group of 25 students and a control group of 25 students. The study period was six weeks. Research instruments included an oral health literacy enhancement program and a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics including paired t-test and independent t-test, with the level of statistical significance set at 0.05.

The results showed that after the experiment, the experimental group had significantly higher mean scores in oral health literacy and oral health care behaviors than before the experiment, and higher than the control group ($p\text{-value} < 0.05$). However, there was no significant difference in the mean scores of media literacy between the experimental and control groups. Therefore, public health personnel can apply the oral health literacy enhancement program in their plans to promote better oral health care behaviors among students by adapting the program to fit the local context of the area.

Keywords: Oral Health Care, Oral Health Literacy, Elementary School Students



บทนำ

สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อร่างกาย รวมถึงคุณภาพชีวิต โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดนโยบายตลอดจนการดำเนินงานทันตสาธารณสุขให้สอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาพช่องปากควบคู่กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการมีสุขภาพช่องปากที่ดีทำให้สามารถรับประทานอาหารได้อย่างมีความสุข รวมถึงความมั่นใจในการเข้าสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี เป็นวัยที่ต้องให้การดูแลพิเศษเพื่อป้องกันโรคฟันผุ เนื่องจากเด็กวัยนี้ จะมีฟันแท้ขึ้นครบ 28 ซี่ แต่พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี มีปัญหาโรคฟันผุที่เกิดขึ้นบ่อยและเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้บ่อย คือ ผลต่อการรับประทานอาหาร การดูแลทำความสะอาดฟัน การรักษาสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ และบางครั้งยังส่งผลให้เด็กต้องหยุดเรียนเนื่องจากมีอาการปวดฟันหรือเพื่อไปรักษาฟันที่มีปัญหา⁽¹⁾

จากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9⁽²⁾ พบว่า เด็กอายุ 12 ปี ในด้านสภาวะสุขภาพช่องปากมีค่าความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 52.7 มีสภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 80.2 และเด็กนักเรียนที่หยุดเข้าเรียนเพื่อไปรับบริการทันตกรรม 1.3 วันต่อคน ในด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมที่ไม่เคยแปรงฟันช่วงเช้า ช่วงกลางวัน และช่วงก่อนนอนเท่ากับร้อยละ 1.4, 57.8 และ 10.9 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับจากรายการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8⁽³⁾ มีค่าความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 52.0 มีสภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 66.3 และเด็กนักเรียนที่หยุดเข้าเรียนเพื่อไปรับบริการทันตกรรม 1.3 วัน/คน ในด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมที่ไม่เคยแปรงฟันช่วงเช้า ช่วงกลางวัน และช่วงก่อนนอนเท่ากับร้อยละ 2.3, 55.3 และ 9.6 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า มีจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบยังเป็นปัญหาด้านทันตสาธารณสุขที่สำคัญ และพบมากที่สุดในกลุ่มเด็กช่วงอายุ 12 ปี และปัญหาด้านทันตสาธารณสุขเหล่านี้ยังส่งผลให้เกิดการสูญเสียฟันแท้ในที่สุด

จากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากประจำปีของโรงพยาบาลมะขาม⁽⁴⁾ จังหวัดจันทบุรี พ.ศ.2564 พบว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ในโรงเรียนบ้านมะขาม มีจำนวนความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 59.0 มีสภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 44.2 โดยมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน ซึ่งมีพฤติกรรมที่ไม่เคยแปรงฟันช่วงกลางวัน ร้อยละ 78.6 การบริโภคเครื่องดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลมเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 48.2 และการบริโภคขนมกรุบกรอบเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 65.9 เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับจะพบว่า มีค่าสูงกว่าระดับประเทศ จึงควรที่จะได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในงานวิจัยของวัชรพล วิวรรณ เก้าวพันธ์⁽⁵⁾ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก



การส่งเสริมให้นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในระดับดี จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในอนาคต และในงานวิจัยของจามจุรี แซ่หลู่⁽⁶⁾ พบว่า เมื่อเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอก็สามารถนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้มีความถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น และในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากในงานวิจัยของของอรดี ไชยวงศ์⁽⁷⁾ พบว่า หลังสิ้นสุดการดำเนินการ โปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การแปรงฟัน การตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และวุฒิพงศ์ ธนะขว้าง⁽⁸⁾ พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และประสิทธิภาพการแปรงฟัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้จึงสรุปได้ว่า หากได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่เพิ่มสูงขึ้นก็สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดียิ่งขึ้นได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ทราบว่า ปัญหาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสามารถนำความรู้สุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการประยุกต์สร้างโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ช่วงอายุ 12 ปี เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กช่วงอายุ 12 ปี ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 โรงเรียนบ้านมะขาม ที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

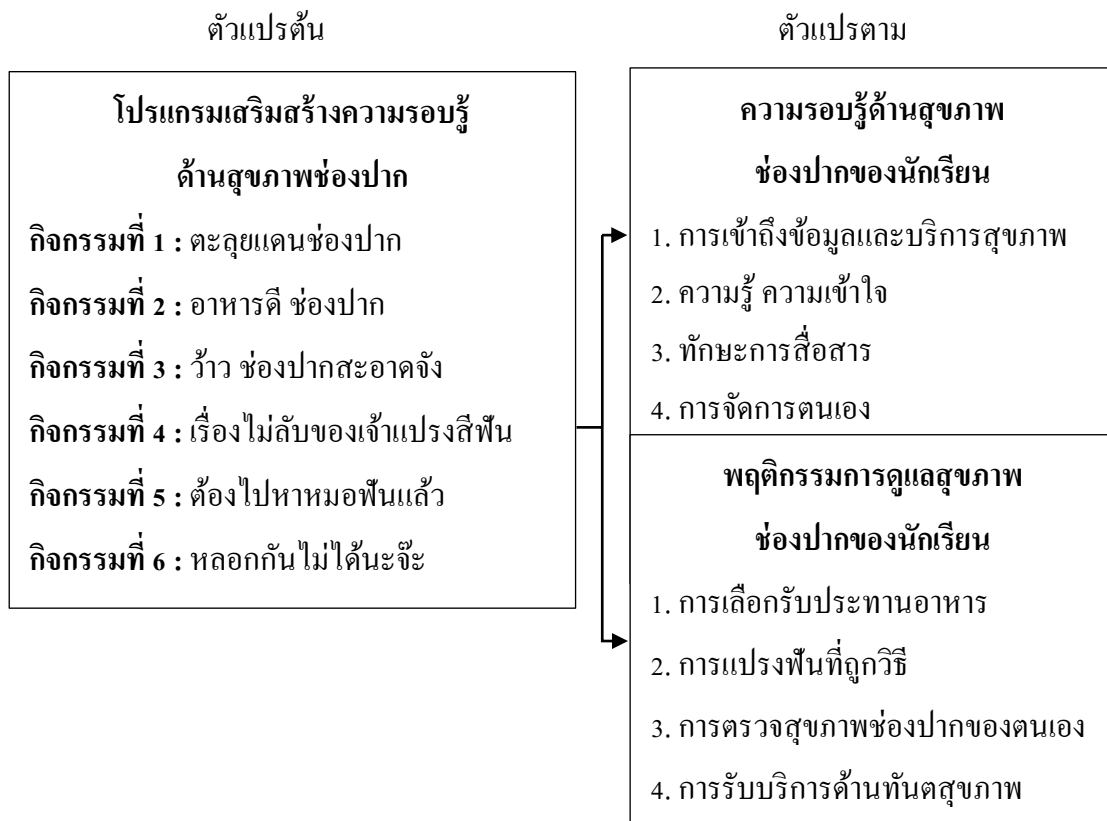
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม



กรอบแนวคิดงานวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) ทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ระยะในการดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านมะขาม ทั้งหมดจำนวน 2 ห้อง มีนักเรียนห้องละ 25 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทั้งหมดแบ่ง 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก ซึ่งห้องแรกเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรู้สุขภาพช่องปาก และจับฉลากห้องที่สองจะเป็นกลุ่มควบคุมที่จะไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพช่องปาก



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมสร้างเสริมเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)⁽⁹⁾ ซึ่งการจัดโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพช่องปาก ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ๆ ละ 1 กิจกรรม มีทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ตะลุยแดนช่องปาก”

ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างของฟัน หน้าที่และชนิดของฟัน การเกิดโรคฟันผุ การเกิดโรคเหงือกอักเสบ และวิธีการป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก แก่นักเรียน เพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill)

กิจกรรมที่ 2 “อาหารดี ช่องปากแข็งแรง”

ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก และการแบ่งอาหารตามสี หลังจากนั้นพาทำกิจกรรม “เลือกอาหารตามสี” โดยแบ่งนักเรียนเป็น 3 กลุ่ม และแจกภาพอาหาร ให้นักเรียนแต่ละกลุ่มคัดเลือกอาหารตามสีของกลุ่มตนเอง เสร็จแล้วจึงให้ตัวแทนออกมานำเสนออาหารที่เลือก พร้อมอธิบายเหตุผล เพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะการสื่อสารที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) และด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill)

กิจกรรมที่ 3 “ว้าว ช่องปากสะอาดจัง”

ผู้วิจัยเปิดคลิปวิดีโอการแปรงฟันอย่างถูกวิธีให้นักเรียนรับชม พร้อมฝึกทักษะการแปรงฟัน และการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองเบื้องต้นโดยการปฏิบัติจริง เพื่อให้นักเรียนมีทักษะในการดูแลจัดการสุขภาพช่องปากของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill)

กิจกรรมที่ 4 “เรื่องไม่ลับ ของเจ้าแปรงสีฟัน”

ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการสืบค้นข้อมูล และยกตัวอย่างแหล่งสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ หลังจากนั้น จึงแบ่งกลุ่มให้นักเรียนออกเป็น 2 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมาสุ่มจับฉลากหัวข้อในการสืบค้น ได้แก่ หัวข้อที่ 1 “การเลือกแปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสมกับเด็กวัยเรียน” และหัวข้อที่ 2 “การเก็บและดูแลแปรงสีฟัน” โดยให้สืบค้นข้อมูลผ่านโทรศัพท์มือถือ เสร็จแล้วจึงให้ตัวแทนออกมานำเสนอ เพื่อให้นักเรียนพัฒนาทักษะการสืบค้นข้อมูล และทักษะการสื่อสารที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill) และด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill)



กิจกรรมที่ 5 “ต้องไปหาหมอฟันแล้ว” 5

ผู้วิจัยพานักเรียนเล่นเกม “ช่วยน้องกิ้งกิ้ง เลือกลูกน้อย” โดยผู้วิจัยจัดทำภาพประกอบเหตุการณ์สมมติเกี่ยวกับการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากจำนวน 4 เหตุการณ์ ซึ่งในแต่ละเหตุการณ์ก็จะมีตัวเลือกเกี่ยวกับวิธีการจัดการปัญหาสุขภาพจำนวน 2-3 ข้อ ให้นักเรียนช่วยกันเลือกและให้อธิบายเหตุผลที่เลือกคำตอบข้อนี้ หลังจากนั้น ผู้วิจัยเฉลยคำตอบและอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้นักเรียนพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดความรู้ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)

กิจกรรมที่ 6 “หลุดกันไม่ได้นะจ๊ะ” 6

ผู้วิจัยให้ความรู้แก่นักเรียนเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อ ในหัวข้อ “10 เทคนิครู้เท่าทันสื่อ” และพาทำกิจกรรมเล่นเกม “จับผิดภาพสื่อออนไลน์” โดยผู้วิจัยนำภาพสื่อความรู้ทางด้านสุขภาพช่องปากที่แก้ไขให้มีความผิดปกติดึงให้นักเรียนดูและวิเคราะห์ แล้วจึงให้นักเรียนร่วมกันชี้จุดที่ผิดพลาดและมีความน่าสงสัย พร้อมอธิบาย หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงเฉลยคำตอบและอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาพสื่อที่นำมาให้นักเรียนวิเคราะห์ เพื่อให้นักเรียนมีความสามารถในการสังเกต ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การตัดสินใจนำมาใช้ปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดความรู้ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) และด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill)

2. แบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามฉบับนี้ขึ้นจากเนื้อหาทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีทั้งสิ้น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ เป็นสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของนักเรียน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดปรนัยให้เลือกตอบ (Multiple Choice) แบบหลายตัวเลือก สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการแปรงฟัน การบริโภคอาหาร การตรวจสุขภาพช่องปาก และการเข้ารับบริการทันตกรรม ซึ่งแต่ละข้อจะมีจำนวนคำตอบไม่เท่ากัน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแตกต่างกันไว้ในแต่ละตัวเลือก

ส่วนที่ 3 ความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบทดสอบชนิดปรนัยชนิดให้เลือกตอบ (Multiple Choice) แบบ 4 ตัวเลือก โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวใน 4 ตัวเลือก ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบที่ถูกต้องมีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน คำตอบที่ไม่ถูกต้องมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 การตัดสินใจที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ เป็นแบบทดสอบชนิดปรนัยให้เลือกตอบ (Multiple Choice) แบบ 4 ตัวเลือก โดยต้องเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวใน 4 ตัวเลือก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยที่ 1 คะแนนเป็นการตัดสินใจไม่ดี และไล่ลำดับไปจนถึง 4 คะแนน เป็นการตัดสินใจที่ดีมาก



ส่วนที่ 5 การเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก การสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก การจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก และการรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่สร้างตามแบบของลิเคิร์ต (Likert)⁽¹⁰⁾ มีลักษณะแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ยาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย และง่าย โดยให้เลือกตอบได้เพียงแค่คำตอบเดียว แบ่งเป็นจำนวน 4 ตอน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)⁽¹¹⁾

ผู้วิจัยนำโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความถูกต้อง ความชัดเจน และการใช้ภาษาของเนื้อหา นำมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง ด้วยค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) มีค่ามากกว่า 0.5

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความถูกต้อง ความชัดเจน และการใช้ภาษาของเนื้อหา นำมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง ด้วยค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) มีค่ามากกว่า 0.5

2. ความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability)⁽¹¹⁾

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ และมีการปรับปรุง นำไปเก็บข้อมูล Try out กับเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านหนองสลด อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรีจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) รายข้อของส่วนที่ 5 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.742-0.773

3. ความยากง่าย (Level of Difficulty)⁽¹¹⁾

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการ Try out มาหาค่าความยากง่ายของแบบสอบถามในส่วนที่ 3 ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อหาประสิทธิภาพในการจำแนกกลุ่มตัวอย่าง มีค่าความยากง่ายอยู่ในช่วง 0.3-0.7

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วของเด็กนักเรียนไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังด้วยสถิติ Paired Samples t-test และวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการ G-HS058/2566 (C2) ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2566



ผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100 อยู่อาศัยกับพ่อแม่ ร้อยละ 88 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ของนักเรียนประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48 และนักเรียนส่วนใหญ่นำเงินค่าขนมมาโรงเรียนวันละประมาณ 51-100 บาท ร้อยละ 64

กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 96 อยู่อาศัยกับพ่อแม่ ร้อยละ 68 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ของนักเรียนประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 44 และนักเรียนส่วนใหญ่ได้เงินค่าขนมมาโรงเรียนน้อยกว่าวันละ 50 บาท ร้อยละ 60

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลอง (n = 25)

ค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มทดลอง	n	Mean	S.D.	t	Mean Difference	95% CI		p-value
						Lower	Upper	
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ				2.97	1.20	0.36	2.03	0.007*
ก่อนทดลอง	25	15.72	2.61					
หลังทดลอง	25	16.92	2.51					
ความรู้ ความเข้าใจ				5.28	1.32	0.80	1.83	<0.001*
ก่อนทดลอง	25	7.24	3.50					
หลังทดลอง	25	8.56	2.76					
การสื่อสาร				2.57	1.48	0.29	2.67	0.017*
ก่อนทดลอง	25	15.48	3.01					
หลังทดลอง	25	16.96	2.33					
การจัดการตนเอง				3.19	1.16	0.40	1.91	0.004*
ก่อนทดลอง	25	14.96	1.67					
หลังทดลอง	25	16.12	2.35					
การตัดสินใจ				2.62	0.64	0.13	1.14	0.015*
ก่อนทดลอง	25	18.52	1.26					
หลังทดลอง	25	19.16	1.10					
การรู้เท่าทันสื่อ				2.11	1.48	0.03	2.93	0.046*
ก่อนทดลอง	25	14.24	3.21					
หลังทดลอง	25	15.72	3.08					



ค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มทดลอง	n	Mean	S.D.	t	Mean Difference	95% CI		p-value
						Lower	Upper	
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก				2.83	2.20	0.60	3.80	0.009*
ก่อนทดลอง	25	27.92	3.50					
หลังทดลอง	25	30.12	2.76					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการทดลองความรอบรู้สุขภาพช่องปากด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง 1.20 คะแนน (95% CI = 0.13-1.14, p-value = 0.015) ด้านความรู้ความเข้าใจมีสูงกว่าก่อนการทดลอง 1.32 คะแนน (95% CI = 0.80-1.83, p-value = 0.000) ด้านการสื่อสารมีสูงกว่าก่อนการทดลอง 1.48 คะแนน (95% CI = 0.29-2.67, p-value = 0.017) ด้านการจัดการตนเองมีสูงกว่าก่อนการทดลอง 1.16 คะแนน (95% CI = 0.40-1.91, p-value = 0.004) ด้านการตัดสินใจมีสูงกว่าก่อนการทดลอง 0.64 คะแนน (95% CI = 0.36-2.03, p-value = 0.010) ด้านการรู้เท่าทันสื่อมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง 1.48 คะแนน (95% CI = 0.03-2.93, p-value = 0.046) และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง 2.20 คะแนน (95% CI = 0.60-3.80, p-value = 0.09)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้สุขภาพช่องปากและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากหลังการทดลอง จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 50)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลอง	n	Mean	S.D.	t	Mean Difference	95% CI		p-value
						Lower	Upper	
การเข้าถึงข้อมูล				2.689	1.96	0.49	3.42	0.010*
กลุ่มทดลอง	25	16.92	2.515					
กลุ่มควบคุม	25	14.96	2.637					
ความรู้ ความเข้าใจ				4.699	1.76	1.00	2.52	<0.001*
กลุ่มทดลอง	25	8.56	0.916					
กลุ่มควบคุม	25	6.80	1.632					
การสื่อสาร				3.377	2.40	0.97	3.83	0.001*
กลุ่มทดลอง	25	16.96	2.335					
กลุ่มควบคุม	25	14.56	2.678					
การจัดการตนเอง				2.850	2.08	0.61	3.55	0.006*
กลุ่มทดลอง	25	16.12	2.350					



ค่าเฉลี่ยของคะแนน หลังการทดลอง	n	Mean	S.D.	t	Mean Difference	95% CI		p-value
						Lower	Upper	
กลุ่มควบคุม	25	14.04	2.791					
การตัดสินใจ				2.708	1.76	0.43	3.09	0.011*
กลุ่มทดลอง	25	19.16	1.106					
กลุ่มควบคุม	25	17.40	3.055					
การรู้เท่าทันสื่อ				1.733	1.68	-0.27	3.63	0.090
กลุ่มทดลอง	25	15.72	3.208					
กลุ่มควบคุม	25	14.04	3.634					
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก				3.806	3.68	1.73	5.63	<0.001*
กลุ่มทดลอง	25	30.12	2.758					
กลุ่มควบคุม	25	26.44	3.969					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพช่องปากด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.96 คะแนน (95% CI=0.49-3.42, p-value = 0.010) ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.76 คะแนน (95% CI= 1.00-2.52, p-value = 0.000) ความรอบรู้ด้านการสื่อสารมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.40 คะแนน (95% CI=0.97-3.83, p-value = 0.001) ความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.08 คะแนน (95% CI= 0.61-3.55, p-value = 0.006) ความรอบรู้ด้านการตัดสินใจมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.76 คะแนน (95% CI= 0.43-3.09, p-value = 0.011) ความรอบรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.68 คะแนน (95% CI = -0.27-2.93, p-value = 0.090) และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากมีคะแนนสูงกว่าก่อนกลุ่มควบคุม 3.68 คะแนน (95% CI = 1.73-5.63, p-value = 0.000)

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



3. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการสื่อสารที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการตัดสินใจที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านความรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน

7. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพช่องปาก พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตน และการตัดสินใจ เพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นผลมาจากนักเรียนในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรู้สุขภาพที่กระตุ้นให้นักเรียนพัฒนาความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของ วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง⁽⁸⁾ พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพช่องปาก ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษางานวิจัยของอัจฉริยา มาลัยมาตย์⁽¹²⁾ ที่พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเป็นผลมาจากการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มด้านการรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีเพียง 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 6 “หลอกกันไม่ได้นะจ๊ะ” ซึ่งต่างจากความรอบรู้ในด้านอื่น ที่จะมีการแอบแฝงในการจัดตัวกิจกรรมต่างๆ



ส่งผลให้นักเรียนไม่สามารถเพิ่มความรู้สุขภาพช่องปากด้านการรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากอย่างเพียงพอ

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า หลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมในกิจกรรมที่ 2 “อาหารดี ช่องปากแข็งแรง” โดยกลุ่มทดลองได้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์กับสุขภาพช่องปาก และฝึกการเลือกอาหารที่ส่งผลกระทบสุขภาพช่องปาก เพื่อให้นักเรียนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของอัจฉริยา มาลัยมัย⁽¹²⁾ ที่พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้สุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ส่งผลให้นักเรียนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากดีขึ้น และในกิจกรรมที่ 3 “ว้าว ช่องปากสะอาดจัง” นักเรียนได้รับความรู้วิธีการแปรงฟันอย่างถูกวิธี และได้ฝึกปฏิบัติจริง ส่งผลให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของวุฒิพงศ์ ธนะขว้าง⁽⁸⁾ พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการนำผลการศึกษาในวิจัย ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเด็กวัยอื่นๆ โดยมีการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มการติดตามประเมินผลในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อประเมินความรอบรู้สุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ ผศ.ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำแนะนำและสนับสนุนอย่างดียิ่งตลอดมา และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านมะขาม คุณครูอนามัยโรงเรียน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลมะขาม ที่ให้ความสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ธนานันท์ บุญอินทร์. สภาวะโรคฟันผุและพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ 2560; 1(3): 12-28.



2. สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.
3. สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8. นนทบุรี: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2561.
4. ฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลมะขาม. รายงานผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนประจำปีงบประมาณ 2564. โรงพยาบาลมะขาม; 2564.
5. วัชรพล วิวรรณ เก่าวพันธ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เขตอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารทันตภิบาล. 2566; 34(1): 35-44.
6. จามจุรี แซ่หลู่. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศ. 2563; 7(11): 1-15.
7. อรดี ไชยวงศ์. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อการป้องกันโรค เหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 แขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2564; 26: 37-50.
8. วุฒิพงศ์ ธนขว้าง. ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพ ช่องปากในสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน 2563; 7(1): 87-97.
9. กองสุขศึกษา. การสร้างเสริมและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: บริษัทนิทรรศการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2559.
10. สมชาย รัตนทองคำ. แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ams.kku.ac.th/aalearn/resource/edoc/tech/56web/13eva56.pdf>
11. อรุณา เจริญสุข. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
12. อัจฉริยา มาลัยมาตย์. ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เสี่ยงกับการเกิดโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ ตำบล แม่เลย์ อำเภอแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2566; 5(1): 56-68.



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

ในระยะแรก โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร

THE EFFECTS OF USING NURSING PRACTICES GUIDELINE ON

THE INCIDENCE OF EARLY POSTPARTUM HEMORRHAGE,

TAO NGOI HOSPITAL, SAKON NAKHON PROVINCE.

Received: May 11, 2024

Revised: July 01, 2024

Accepted: July 06, 2024

ปองรัก ทุมทวุฒิ^{1*}

Pongruk Thunthawut^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง คือ มารดาในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอดปกติและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลเต่างอย รวบรวมข้อมูลด้วย แบบบันทึกสุขภาพมารดาของกระทรวงสาธารณสุข แบบบันทึกข้อมูลการพยาบาลมารดาหลังคลอดและแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย Chi-square test, Fisher's exact probability test, Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า มารดาคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด มีอัตราการตกเลือดหลังคลอด และสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดแตกต่างกับกลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดลดลง พยาบาลที่ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในระดับมาก และสามารถปฏิบัติได้ทุกข้ออย่างต่อเนื่อง

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด สามารถลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนาทักษะการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้ปฏิบัติงานทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด, แนวปฏิบัติการพยาบาล, มารดาหลังคลอด

¹ โรงพยาบาลเต่างอย อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร

Tao Ngoi Hospital Tao Ngoi district Sakon Nakhon Province

*Corresponding author E-mail: Pongrakth15@gmail.com



Abstract

This study is a quasi-experimental research, aimed to the Effects of using Nursing Practices Guidelines to prevent postpartum hemorrhage in Tao Ngoi Hospital. Sakon Nakhon Province. The sample Two groups of measurement models were used before and after the experiment, mothers in the first two hours after normal delivery, who receive birthing services in the delivery room and Nurses working in the delivery room at Tao Ngoi Hospital, collected data from the Ministry of Public Health, Postpartum nursing data record form and satisfaction questionnaire for nurses regarding the use of nursing practices. Data were analyzed using statistics, number, percentage, average, Chi-square test, Fisher's exact probability test, Mann-Whitney U test.

The results found that, mothers receiving care using nursing guidelines to prevent postpartum hemorrhage. There is a rate of postpartum hemorrhage. And the proportion of severity of postpartum hemorrhage was significantly different ($p\text{-value} < .05$) from the group of mothers who gave birth vaginally who received normal care. The average amount of postpartum blood loss decreased. And the working nurses were satisfied with the use of nursing practices to prevent postpartum hemorrhage at a high level. Practitioners can follow all points continuously.

The nursing guide for preventing postpartum hemorrhage is an effective for reducing the rate of postpartum hemorrhage and potential complications. Nursing skills should be continuously developed to prevent postpartum hemorrhage among workers at all levels.

Keywords: Nursing Practices Guidelines, Postpartum Hemorrhage, Postpartum mothers



บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage ; PPH) เป็นสาเหตุ 1 ใน 3 ของมารดาเสียชีวิต และคุณภาพของหญิงคลอดบุตรทั่วโลก⁽¹⁻⁴⁾ ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560-2563 มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 33.03, 23.53, 23.42 และ 38.05 ตามลำดับ⁽⁵⁻⁸⁾ และในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2564 อัตราส่วนการตายมารดาสูงถึง 25.66 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย^(5,9-10) โดยสาเหตุหลักของการตายมารดาเกิดจากสาเหตุตกเลือดถึงร้อยละ 22 ภาวะตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีร้อยละ 61.3 รองลงมา คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอดร้อยละ 24.4 และมีหลายปัจจัยเสี่ยงที่สามารถตรวจพบตั้งแต่ระยะก่อนคลอด เช่น ภาวะซีด ทารกตัวโต ครรภ์แฝด หญิงตั้งครรภ์อ้วน เคยตกเลือดในครรภ์ก่อน การคลอดยาวนาน เป็นต้น การตกเลือดหลังคลอดอาจมีความรุนแรงอันตรายถึงชีวิต ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและครอบครัว เศรษฐกิจ ยังส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการและสถานบริการ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพและมาตรฐานการดูแลการคลอดของสถานพยาบาลด้วย⁽¹¹⁻¹²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดได้แก่ การผ่าตัดคลอด การตั้งครรภ์หลายครั้ง ภาวะทารกตัวโต ความเจ็บป่วยของมารดา ประวัติการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อน ระหว่างคลอด และการได้รับยาเร่งคลอด ยาระงับความเจ็บปวด เป็นต้น

จังหวัดสกลนครปี 2558-2562 พบมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 5 ราย พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 1.13, 0.93, 1.00, 1.39 และ 1.10 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 5) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽¹³⁻¹⁴⁾ เช่นเดียวกับอำเภอต่างๆ ในปี 2562-2565 มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดอยู่ที่ร้อยละ 1.34, 1.09, 1.30 และ 1.70 ตามลำดับ⁽¹⁵⁾ ถึงแม้ว่าทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจะได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการประเมินและส่งต่อมารดากลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ดูแลมารดาหลังคลอดขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แต่ยังพบมารดาตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการตกเลือดหลังคลอด⁽¹⁶⁾

การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เป็นแนวทางในการประเมิน และส่งต่อมารดากลุ่มเสี่ยง เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดให้ได้ตามเป้าหมายของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด เช่น 1) การประเมินภาวะเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่อง จะทำเมื่อแรกรับเท่านั้นเป็นส่วนมาก 2) การดูแลตามแนวทางการ Early management ไม่ได้ทำทุกราย 3) การดูแลไม่ได้แก้ไขที่สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่เรื้อรังก่อน ทำให้มีการสูญเสียเลือดเพิ่มมากขึ้นจากมดลูกหดตัวไม่ดี 4) บุคลากรส่วนหนึ่งยังมีการประเมินการสูญเสียเลือดด้วยสายตาทำให้เกิดการประเมินการสูญเสียเลือดน้อยกว่าความเป็นจริงส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง (Severe postpartum



hemorrhage) และภาวะช็อก (Shock) ตามมา จากความสำคัญและสภาพปัญหาในการดูแลมารดาหลังคลอด งานห้องคลอด โรงพยาบาลต่างอย จังหวัดสกลนคร จึงพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุหลัก การตกเลือดหลังคลอด ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564) ตาม 4 สาเหตุหลัก (4Ts) ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก นำกิจกรรมการพยาบาลปฏิบัติตามปัจจัยเสี่ยงที่คัดกรองในระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงในห้องคลอด และระยะหลังคลอด 2-24 ชั่วโมง มาศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก เพื่อลดอัตราตายมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มผู้คลอดที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

1. เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติในโรงพยาบาลต่างอย จังหวัดสกลนคร ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลต่างอย จังหวัดสกลนคร ระหว่างพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) มารดาในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอดปกติทางช่องคลอดที่มารับบริการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลต่างอย ระหว่าง พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2567⁽⁵⁾ 2) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลต่างอย อย่างน้อย 12 เดือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้



เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- ได้รับการวินิจฉัยแพทย์ด้วยรหัสการวินิจฉัย ICD10 (International Classification of Diseases 10th Revision) ด้วยรหัสการฝากครรภ์ Z34.0, Z34.8, Z35.0, Z35.5, Z35.6 รับบริการฝากครรภ์และคลอดระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567 ของโรงพยาบาลต่างอย
- มีข้อมูลในแบบรายงานการฝากครรภ์มารดา เวชระเบียนมารดาคลอด และแบบรายงานการคลอดของโรงพยาบาลต่างอย ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 ถึง มีนาคม 2567

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อเพื่อทำการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น จากเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - 1) มารดาในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอดปกติทางช่องคลอด ที่มารับบริการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลต่างอย
 - กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติได้แก่ ข้อมูลมารดาที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลต่างอย พฤศจิกายน 2566 ถึง มกราคม 2567 จำนวน 13 คน
 - กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติได้แก่ ข้อมูลมารดาที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอดของโรงพยาบาลต่างอย กุมภาพันธ์ 2567 ถึง มีนาคม 2567 จำนวน 7 คน
 - 2) พยาบาลปฏิบัติงานห้องคลอดโรงพยาบาลต่างอยอย่างน้อย 12 เดือน จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกสุขภาพมารดา รบ.1ต 05 กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁷⁾ และแบบบันทึกข้อมูลของมารดาหลังคลอดระยะแรก เป็นแนวทางการดูแลผู้คลอดที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร กำหนดเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้คลอด ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรในการศึกษาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามทั้งฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดย แพทย์ พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และพยาบาลงานการพยาบาลผู้คลอดที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลมารดาคลอดมากกว่า 10 ปี เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความครอบคลุมของเนื้อหา ผลการทดสอบ ค่า IOC ที่ได้อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 ทุกข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และ วิเคราะห์อุปบัติการคัดเลือกก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ นำข้อมูลมาทดสอบวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)เปรียบเทียบ



ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Mann-Whitney U test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ และ $p\text{-value} < 0.01$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัย ตามหลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ หลักไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักความยุติธรรม และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่รับรอง SKN REC 2024-046 วันที่รับรอง 19 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของมารดา

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 13 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566–เดือนมกราคม 2567 และกลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 7 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567–เดือนมีนาคม 2567 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีลักษณะทั่วไปที่ใกล้เคียงกัน คือ ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 17-34 ปี ตั้งครรภ์แรก จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกร ระดับความเข้มข้นของเลือดมารดา 33 % ขึ้นไป และน้ำหนักทารกแรกคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระหว่าง 2,501-4,000 กรัม และส่วนใหญ่ไม่พบอาการแทรกซ้อนระหว่างคลอด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 20)

ข้อมูลประกอบ	กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n = 13)		กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติ (n = 7)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะส่วนบุคคล				
อายุ				
น้อยกว่า 17 ปี	0	0	0	0
17-34	10	76.92	5	71.43
35 ปีขึ้นไป	3	23.07	2	28.57
Mean = 28.63, S.D. = 8.02, Median = 27.50, Min.= 18, Max.= 43				
ศาสนา				
พุทธ	11	84.61	5	71.43
คริสต์	2	15.38	2	28.57



ข้อมูลประกอบ	กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแล ตามปกติ (n = 13)		กลุ่มมารดาที่ได้รับการ ดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติ (n = 7)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	6	46.16	3	42.86
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	30.77	3	42.86
มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช./ปวส./ อนุปริญญา	2	15.38	1	14.29
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	7.69	0	
พฤติกรรมเสี่ยงด้านสารเสพติด				
ไม่มี	12		6	85.71
มี	1	7.69	1	14.29
ข้อมูลทั่วไป				
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์				
ครั้งที่ 1	4	30.77	3	42.86
ครั้งที่ 2	5	38.46	2	28.57
ครั้งที่ 3	3	23.08	1	14.29
ครั้งที่ 4	1	7.69	1	14.29
น้ำหนักทารกแรกคลอด				
2,501-4,000 กรัม	10	76.92	7	100
น้อยกว่า 2,500 กรัม	3	23.08	0	0
มากกว่า 4,000 กรัม	0	0	0	0

ผลการเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ระหว่างกลุ่มมารดาคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกระหว่างกลุ่มมารดาที่ใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 13 คน มีปริมาณการสูญเสียเลือดมากที่สุดในช่วงน้อยกว่า 300 มิลลิลิตร จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 รองลงมา คือ มีปริมาณการสูญเสียเลือด 400-499 มิลลิลิตร จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 มีปริมาณการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 7 คน มีปริมาณการสูญเสียเลือดน้อยกว่า 300 มิลลิลิตร จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 100



ผลของแนวทางปฏิบัติจำแนกตามปริมาณการเสียชีวิตหลังคลอดระยะแรก เปรียบเทียบอุบัติการณ์ตกเลือดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ 13 คน มีการตกเลือดหลังคลอด 2 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38 และกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 7 คน ไม่พบการตกเลือดหลังคลอด เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก พบว่า สัดส่วนการตกเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวทางปฏิบัติจำแนกตามอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

อุบัติการณ์	กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n = 13)		กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติ (n = 7)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก	2	15.38	0	0	0.005

* Fisher 's exact probability test

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือด ผลการศึกษาอัตรามารดาที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 13 คน มีจำนวนการได้รับเลือดทดแทนหลังคลอด 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 และกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจำนวน 7 คน มีจำนวนการได้รับเลือดทดแทน คิดเป็นร้อยละ 0 ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีผลต่อความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด ของกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวทางปฏิบัติ จำแนกตามความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	M.D.	t	95%CI		p-value
						Lower	Upper	
ก่อนใช้แนวทาง	13	1.77	0.93					
หลังใช้แนวทาง	7	1.00	0.00	0.76	2.16	0.02	1.51	0.044*

* p value < 0.05

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จากการศึกษา พบว่า พยาบาลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ อายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 30 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 1-5 ปี และ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา คือ น้อยกว่า 1 ปี และมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 พยาบาลเคยเข้ารับการอบรมด้านการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 50 และไม่เคยเข้ารับการอบรมด้านการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 50

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นแนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลต่างอย จากการศึกษา พบว่า พยาบาลที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดจำนวน 10 คน มีความพึงพอใจต่อการใช้นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดในระดับมาก ร้อยละ 50 และระดับปานกลาง ร้อยละ 50 โดยพยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่า แนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดรวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้นแนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกแตกต่างกับกลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ (p-value = 0.005)



2. กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = < 0.044$)

3. พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ในระดับมาก 5 คน ร้อยละ 50 และมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง 5 คน ร้อยละ 50 โดยพยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่า นโยบายปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดรวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้นโยบายได้อย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจะมีการทำ active management of the third stage of labor (AMTSL) โดยมีหลักการ ดังนี้ ฉีดยาออกซิโทซิน 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อที่หลังคลอด หนีบสายสะดือหลังทารกคลอด 1-3 นาที และการทำคลอดครกด้วยวิธี controlled cord traction และได้มีการนำการทำ AMTSL มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC) มีการแบ่งระดับเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของผู้คลอดแต่ละราย จึงทำให้การดูแลผู้คลอดในกลุ่มเสี่ยงต่ำ และกลุ่มเสี่ยงสูงมีความเหมาะสมมากขึ้น การศึกษาผลของการใช้นโยบายการพยาบาลต่ออัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภายหลังจากใช้นโยบายการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้นโยบายการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก แตกต่างกับกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกมีสัดส่วนการตกเลือดแตกต่างกันนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิเคราะห์ข้างต้นเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และใช้นโยบายการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การปฏิบัติการพยาบาลดูแลมารดาที่มารับบริการคลอดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากห้องคลอด ส่งผลให้มารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้นโยบายการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราการตกเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา



กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแล โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรก หลังคลอดในห้องคลอด 4 ระยะ 1) ระยะรอคลอด 2) ระยะคลอด 3) ระยะคลอดรก 4) ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดด้วยการประเมินระดับความเสี่ยง การตกเลือดหลังคลอด การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามระดับความเสี่ยง การให้ความรู้มารดาหลังคลอดและญาติเรื่องการสังเกตอาการ การรายงานแพทย์ประสานส่งต่อ มีสัดส่วนการตกเลือดและความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)⁽¹⁸⁻²⁰⁾

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด อัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ลดลง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก พบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิเคราะห์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า การดูแลมารดาคลอดโดยใช้แนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การพัฒนาระบบการดูแลมารดาหลังคลอดโดยสร้างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ทำให้มารดาคลอดทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตามหลัก AMTSL ในการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนดูแลมารดาที่มารับบริการคลอดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกจนถึงจำหน่ายออกจากห้องคลอด ส่งผลให้มารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราการตกเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย พบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)^(18,21)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดในกลุ่มผู้คลอดที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ ลดลง และเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 พยาบาลที่ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดในระดับมาก



ร้อยละ 50 และมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 โดยพยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก รวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการวิเคราะห์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า การนำแนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือ ชัดเจนเข้าใจง่าย และสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เป็นการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติในคลินิก การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับการปฏิบัติในหน่วยงาน ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมเห็นถึงความเหมาะสม และความชัดเจนของแนวปฏิบัติว่า สามารถนำไปใช้ได้จริง ส่งผลให้ทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติความพึงพอใจต่อการใช้นโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนพัฒนาระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร มีการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 85 และนำแนวปฏิบัติมาใช้ร้อยละ 97.3⁽²²⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาความสัมพันธ์คุณภาพการบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้คลอดที่สถาบันบำราศนราดูร พบว่าแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ใช้ 4T's ประเมินความพึงพอใจของการใช้นโยบายของพยาบาลวิชาชีพ ผลอยู่ในระดับมากที่สุด⁽²³⁾ และการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบใหม่อยู่ในระดับสูง⁽²⁴⁾ ดังนั้น การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด สามารถลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดในมารดา รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกไปใช้ ร่วมกับทีมพยาบาล และมีการประเมินความพร้อมของหน่วยงานเกี่ยวกับทีมพยาบาล ผู้คลอด สถานที่ และอุปกรณ์ก่อนเสมอ เพื่อให้การบริการเกิดประสิทธิภาพสูงสุด



เอกสารอ้างอิง

1. The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. Medical practice guidelines on prevention and Treat postpartum hemorrhage 2021. [internet]. [cited 2023 Nov 17]. Available from: <http://www.rtcog.or.th/home/wp-Content/uploads/2020/Prevention-and Management of Postpartum- Hemorrhage.pdf>
2. World Health Organization. WHO recommendation for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage 2012. [internet]. [cited 2023 Nov 16]. available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle.pdf>
3. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Rouse, D., Spong C. William Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
4. Belfort MA, Lockwood CJ, Levine D, Barss VA. Overview of postpartum hemorrhage 2022. [internet]. [cited 2022 jul 15]. Available From: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=overview-of-postpartum-hemorrhage>
5. Health Promotion Bureau of the Department of Health. Performance results according to performance certification Office of Health Promotion 2020. [internet]. [cited 2023 Nov 17]. Available from: <https://hp.anamai.moph.go.th>
6. Department of Health. Mortality statistics and causes of maternal death throughout Thailand 2020. [internet]. [cited 2023 Nov 16]. Available from: <http://dashboard.anamai.moph.go.th>
7. World Health Organization, UNICEF, United Nations Population Fund and The World Bank. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017. [internet]. [cited 2023 Nov 16]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternalmortality/>
8. World Health Organization. World Health Statistics 2020. [internet]. [cited 2023 Nov 16]. Available from: <https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload.pdf>
9. Mungpuklang T. Obstetrics outcomes of pregnant women sent to give birth at Sakon Nakhon Hospital. Sakon Nakhon Hospital Journal 2022; 25(3): 1-12.
10. Kangwanthirawat S. Obstetric and perinatal outcomes of first teenage pregnancy at Sakon Nakhon Hospital. Medical Journal of Sisaket Surin Buriram Hospital 2020; 35(2): 341-348.
11. Wilert S, Iamcharoen T, Yodrak D. Situations and factors related to postpartum vaginal bleeding in obstetric wards Nopparat Rajathani Hospital. Thai Red Cross Nursing Journal 2016; 9(2): 173-190.



12. Sasunee T. Factors associated with the occurrence of postpartum hemorrhage within the first 24 hours of pregnant women giving birth at Photharam Hospital, Ratchaburi Province. *Journal of Health and Environmental Research* 2022; 7(3): 45-56.
13. Sakon Nakhon Provincial Public Health Office. Sakon Nakhon Province Maternal and Child Health Network: Document summarizing the results of maternal and child health operations. Maternal and child health policy Sakon Nakhon Provincial Public Health Office, Fiscal Year 2020. Ratchapruet Meeting Room Sakon Nakhon Province, summary of results of maternal and child health operations in Sakon Nakhon Province. Sakon Nakhon Provincial Public Health Office. Sakon Nakhon Province.
14. Phonrachom T. Appendix to strategic plan for maternal and child health. 2019. Sakon Nakhon Province.
15. Labor room work at Tao Ngoi Hospital Sakon Nakhon Province. "Birth report" Document summarizing the results of maternal and child health operations at Tao Ngoi Hospital. Summary of the results of maternal and child health operations at Tao Ngoi Hospital, 4th time, 10 November 2023. Tao Ngoi Hospital, Tao Ngoi District, Sakon Nakhon Province: 2023.
16. Pochana W, Chaiyawongsa K, Somchok P. Development of risk factor assessments and guidelines. Nursing practice to prevent early postpartum hemorrhage through hospital knowledge management. His Royal Highness Prince Yupparat Sawang Daen Din. *Journal of Health Systems Research and Development* 2021; 14(2): 182-194.
17. Health Center 8, Department of Health. Maternal health record form Ror.1 T.05, Ministry of Public Health; 2019.
18. Maneechan N., Jamnam U. Study the effectiveness of using clinical nursing practice guidelines for Prevents postpartum hemorrhage in the early stages. Ratchaburi Hospital. *Region 11 Medical Journal* 2017; 31(1): 143-155.
19. Phothong P, Krachodnok S, Bunmasri P, Nanthana R. Results of the development of a system for monitoring and preventing postpartum hemorrhage in the special obstetrics and gynecology ward, Loei Hospital. *Chaiyaphum Medical Journal* 2019; 1(1): 14-23.
20. Kangwantrakul P, Inyasri A. Development of nursing practices to prevent hemorrhage in the first 2 hours after birth in the delivery room. Udon Thani Hospital. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017; 33(2) :121-32.
21. Clinical Obstetric Gynecology. (2010). Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, risk factors, and causes. Mar. 2010; 53(1): 147-56.



22. Sirimas N. Development of a care system for pregnant women to prevent postpartum hemorrhage in Sakon Nakhon Hospital. *Journal of Nursing and Health Care* 2014; 32(2): 37-46.
23. Wongwattanakarn C, Promthat P. Development of guidelines for preventing early postpartum hemorrhage in the delivery room. *Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute* 2022; 1(1): 1-147.
24. Wattanalungarun R, et al. The effectiveness of using risk assessment forms and nursing practices to prevent early postpartum hemorrhage caused by uterine contractions. Poor performance at Charoenkrung Pracharak Hospital. *Charoenkrung Pracharak Hospital Journal* 2017; 13(2): 25-42.



ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ของผู้ดูแล จังหวัดจันทบุรี

HEALTH LITERACY FACTORS INFLUENCING PRE-SCHOOL CHILDREN ORAL HEALTH BEHAVIORS OF CAREGIVERS IN CHANTHABURI PROVINCE

Received: June 21, 2024

Revised: July 06, 2024

Accepted: July 12, 2024

สันติสุข ฮะวังจุ¹, นิภา มหาราชพงษ์², ปาจริย์ อับดุลลาซิมี^{2*}

Santisuk Hawangju¹, Nipa Maharachpong², Pajaree Abdullakasim^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 194 คน ในจังหวัดจันทบุรี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่ระดับพอใช้ และมี 5 ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนอยอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ($\beta = 0.411$, $p\text{-value} < 0.001$) ความรู้ ความเข้าใจ ($\beta = 0.214$, $p\text{-value} < 0.001$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\beta = 0.257$, $p\text{-value} < 0.001$) อาชีพของผู้ดูแล ($\beta = 0.155$, $p\text{-value} = 0.005$) และทักษะการตัดสินใจ ($\beta = 0.155$, $p\text{-value} = 0.005$) ซึ่งมีอำนาจการทำนายร้อยละ 45.00 ($R^2 = 0.450$, $p\text{-value} < 0.001$)

ดังนั้น เพื่อให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น จึงควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้เพิ่มพูนความรู้ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม และมีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเด็กที่ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมตั้งแต่อายุยังน้อย จะเป็นการวางรากฐานสำหรับสุขภาพฟันที่ดีในอนาคต

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, เด็กปฐมวัย, ผู้ดูแล, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University

² สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Burapha University

*Corresponding author E-mail: pajaree@go.buu.ac.th



Abstract

This study aimed to investigate the health literacy factors influencing caregivers' behaviors in preschool children's oral health care. Data was collected using developed questionnaires. The study samples were 194 caregivers in Chanthaburi Province. Data was analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The research findings revealed that caregivers' health literacy was at a moderate level, and their children's oral health care behaviors were at a fair level. Five variables were identified as significant predictors: self-management in children's oral health care ($\beta = 0.411$, $p\text{-value} < 0.001$), knowledge and understanding ($\beta = 0.214$, $p\text{-value} < 0.001$), access to health information and services ($\beta = 0.257$, $p\text{-value} < 0.001$), caregiver's occupation ($\beta = 0.155$, $p\text{-value} = 0.005$), and decision-making skills ($\beta = 0.155$, $p\text{-value} = 0.005$), which have a predictive power of 45.00% ($R^2 = 0.450$, $p\text{-value} < 0.001$)

Therefore, the health literacy of caregivers should be promoted for better children's oral health, to increase their knowledge, access to appropriate health services, and skills in properly caring for preschool's oral health. Which children receive proper oral care from an early age, laying a foundation for good dental health in the future.

Keywords: Health literacy, Pre-school children, Caregiver, Oral health behavior



บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยในปัจจุบัน นับเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญ จากการรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566⁽¹⁾ พบว่า สถานการณ์การเกิดโรคฟันผุในกลุ่มเด็กอายุ 5 ปี มีแนวโน้มของโรคฟันผุระยะเริ่มต้นเพิ่มขึ้น ร้อยละ 45.50 โดยในภาคกลาง เด็กมีค่าเฉลี่ยฟันผุถึงร้อยละ 72.30 จากผลการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 5 ปี พบว่า ร้อยละ 77.10 มีทราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ซึ่งเกิดจากการปล่อยเด็กแปรงฟันเอง ร้อยละ 71.20 และไม่แปรงฟันในตอนเช้าร้อยละ 10.00 รวมทั้งมีพฤติกรรมดื่มนมรสหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้าน ร้อยละ 43.30 และร้อยละ 15.20 ของเด็กอายุ 5 ปี ยังคงดูนมจากขวด ซึ่งเหล่านี้นล้วนเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ดังนั้นจึงควรต้องมีการวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่เหมาะสมตั้งแต่ก่อนวัยเรียน เพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุ โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องมีส่วนร่วมในการดูแล คือ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมของ สุพัตรา วัฒนเสน และคณะ⁽²⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการทันตสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ จากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)⁽³⁾ ตามที่กองสุขภาพศึกษา⁽⁴⁾ ได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และการจัดการตนเอง (Self-management) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยได้ โดยผ่านการมีความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ดังจากงานวิจัยของฉัตรนภา จบศรี⁽⁵⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยในจังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย ผู้ดูแลที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ($\beta = 0.121$) เคยพาเด็กไปรับบริการตรวจฟัน ($\beta = 0.167$) และเคลือบฟลูออไรด์ ($\beta = 0.122$) รวมทั้งปัจจัยความรู้ทางทันตสุขภาพในเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล ได้แก่ การจัดการตนเอง ($\beta = 0.257$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\beta = 0.179$) และทักษะการตัดสินใจ ($\beta = 0.184$) ซึ่งตัวแปรดังกล่าว สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยได้ร้อยละ 31.60 (Adjusted $R^2 = 0.305$) และจากการทบทวนสถานการณ์ และกลไกการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า



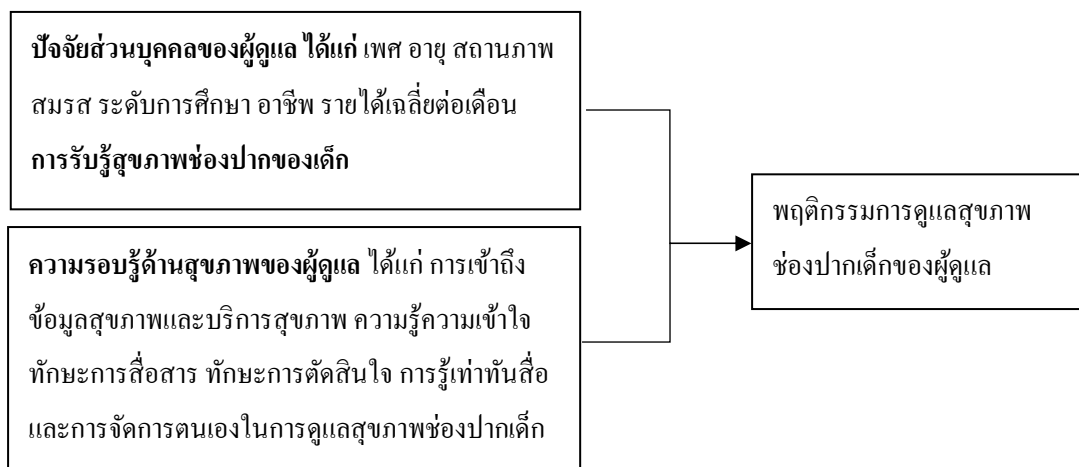
ผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง⁽⁶⁾

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล ในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาโครงการหรือกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล จังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic research) ในผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จังหวัดจันทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จังหวัดจันทบุรี จำนวน 16,925 คน⁽⁷⁾ ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ระดับอำนาจการทดสอบ 0.95 และค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร



(Effect size) ที่ขนาดกลาง = 0.15 จำนวนตัวแปรต้นทั้งหมด 13 ตัว นำมาคำนวณประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power⁽⁸⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน = 189 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือสูญหาย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10⁽⁹⁾ จำนวนได้ 21 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 210 คน โดยเกณฑ์การรับเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยเป็นหลัก สามารถอ่านออก เขียนได้ เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งสามารถรวบรวมแบบสอบถามที่ให้ข้อมูลครบถ้วนทั้งหมด 194 ชุด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) โดยแบ่งตามประชากรเป็น 2 กลุ่ม ตามขนาดอำเภอ ได้แก่ อำเภอขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก
- ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) สุ่มเลือกอำเภอจากจำนวนอำเภอขนาดใหญ่ และอำเภอขนาดเล็ก ได้แก่ อำเภอท่าใหม่ และอำเภอโป่งน้ำร้อน ตามลำดับ
- ขั้นที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) โดยสุ่มเลือกโรงเรียนจากเขตอำเภอท่าใหม่ มี 33 โรงเรียน แบ่งเป็นในเขต 7 แห่ง นอกเขต 26 แห่ง และเขตอำเภอโป่งน้ำร้อน มี 25 โรงเรียน แบ่งเป็นในเขต 11 แห่ง นอกเขต 14 แห่ง
- ขั้นที่ 4 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยมีการจับฉลากโรงเรียนแบบไม่ใส่คืน และเก็บข้อมูลเด็กปฐมวัยทั้งโรงเรียน ซึ่งอำเภอโป่งน้ำร้อน คือ โรงเรียนวัดทับไทร จำนวน 74 คน โรงเรียนบ้านปิ่นหม้อ จำนวน 50 คน และอำเภอท่าใหม่ คือ โรงเรียนวัดทุ่งเบญจา จำนวน 41 คน โรงเรียนบ้านเขาแก้ววิทยา จำนวน 29 คน โดยการเก็บแบบสอบถามผู้ดูแลหนึ่งคนเทียบเท่าเด็กปฐมวัยหนึ่งคน เนื่องจากเด็กปฐมวัยทุกคนจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากจากผู้ดูแลเป็นหลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามกรอบแนวคิดและครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล มี 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็ก และระยะเวลาที่ดูแลเด็ก จำนวน 8 ข้อ และการรับรู้สุขภาพช่องปากของเด็ก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ การแปรงฟันของเด็ก อายุของเด็กที่แปรงฟันให้ การมีฟันผุ เคยปวดฟัน และการมีฟันเก/ฟันเหยินของเด็ก
- ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ (1) ความรู้ ความเข้าใจ เป็นข้อคำถามแบบปลายปิด โดยเลือกคำตอบเพียง 1 ข้อ จำนวน 15 ข้อ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน รวม 15 คะแนน ซึ่งใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁰⁾ ในการแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ (2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ



รวม 20 คะแนน (3) ทักษะการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ รวม 25 คะแนน (4) การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 3 ข้อ รวม 15 คะแนน (5) การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จำนวน 6 ข้อ รวม 30 คะแนน ซึ่งประเด็นที่ (2)–(5) เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยให้คะแนนปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน บ่อยครั้ง 4 คะแนน บางครั้ง 3 คะแนน นานๆ ครั้ง 2 คะแนน และไม่ได้ทำ/ไม่เคยทำ 1 คะแนน และ (6) ทักษะการตัดสินใจ เป็นแบบสอบถามโดยมีข้อความเชิงสถานการณ์ให้เลือกตอบตามที่ปฏิบัติหรือคาดว่าจะปฏิบัติ ซึ่งการให้คะแนนตอบถูกต้องมากที่สุด 4 คะแนน ถูกต้องมาก 3 คะแนน ถูกต้อง 2 คะแนน ถูกต้องน้อย 1 คะแนน จำนวน 6 ข้อ ซึ่งประเด็นที่ (2)–(6) ใช้เกณฑ์ของ Best⁽¹¹⁾ ในการแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ

- ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแล แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีทั้งข้อที่แสดงลักษณะเชิงบวกและเชิงลบ โดยให้คะแนนปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน บ่อยครั้ง 4 คะแนน บางครั้ง 3 คะแนน นานๆ ครั้ง 2 คะแนน และไม่ได้ทำ/ไม่เคยทำ 1 คะแนน จำนวน 14 ข้อ ซึ่งใช้เกณฑ์ของ Best⁽¹¹⁾ ในการแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ดี พอใช้ ควรปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบเครื่องมือว่ามีความถูกต้อง ตรงประเด็น ครบถ้วนครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่ามากกว่า 0.7 ทุกข้อ และเมื่อนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในเขตตำบลมะขามเมืองใหม่ อำเภอมะขาม จำนวน 30 คน และหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเนื้อหาเท่ากับ 0.81 และกำหนดให้แบบสอบถามแต่ละข้อมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.2-1.0 ในด้านความรู้กำหนดให้มีค่าความยากง่ายมีค่าระหว่าง 0.2 ถึง 0.8

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแล โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ทดสอบเงื่อนไขการวิเคราะห์ความถดถอยที่เกี่ยวข้องกับค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์ โดยค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกันไม่มีความสัมพันธ์ภายในตนเอง (autocorrelation) ซึ่งเมื่อใช้สถิติทดสอบ Durbin-Watson⁽¹²⁾ ข้อมูลมีค่าเท่ากับ 2.079 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.50–2.50 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรในการวิจัยนี้ไม่มี Autocorrelation และทดสอบว่าตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) มากเกินไป



จากค่า Tolerance และ VIF ดังนั้น เมื่อพิจารณาค่า Tolerance ของข้อมูล ค่าน้อยที่สุด คือ 0.333 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.20 และค่า VIF ที่มีค่ามากที่สุด คือ 2.999 ซึ่งไม่เกิน 10 แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มี Multicollinearity

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่รับรอง G-HS049/2566(E1) เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.77 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 35.56 ปี แต่งงานแล้ว ร้อยละ 74.24 จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 28.87 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.28 มีรายได้เฉลี่ย 14,000 บาท จากข้อมูลการรับรู้การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก พบว่า เด็กส่วนใหญ่แปรงฟันเอง ร้อยละ 69.59 ผู้ดูแลแปรงฟันให้เด็กอายุเฉลี่ย 14.93 เดือน เด็กมีฟันผุ ร้อยละ 68.56 ไม่เคยปวดฟัน ร้อยละ 57.73 และไม่มีฟันเก/ฟันเหยินร้อยละ 77.32 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้สุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ดูแล

ข้อมูลของผู้ดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	47	24.23
หญิง	147	75.77
อายุ (ปี) (Mean = 35.56, S.D. = 8.715, Max = 74, Min = 22)		
ต่ำกว่า 30 ปี	51	26.29
30 – 39	84	43.30
40 ปีขึ้นไป	59	30.41
สถานภาพสมรส		
โสด	25	12.88
แต่งงาน	144	74.24
หม้าย/หย่า/แยก	25	12.88
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	27	13.91
มัธยมศึกษาตอนต้น	56	28.87
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	55	28.35



ข้อมูลของผู้ดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปวศ./อนุปริญญา	16	8.25
ปริญญาตรีขึ้นไป	40	20.62
อาชีพของผู้ดูแล		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	6.19
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท	31	15.98
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	43	22.16
รับจ้าง	70	36.08
เกษียณ	38	19.59
รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลต่อเดือน (บาท) (Mean = 14446.39, S.D. = 8341.979, Max = 60000, Min = 2000)		
ต่ำกว่า 10000 บาท	82	42.27
10000 – 15000	63	32.47
15000 บาทขึ้นไป	49	25.26
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
บิดา	37	19.07
มารดา	126	64.95
ญาติ (ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย)	31	15.98
ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก (มากกว่า 6 เดือนนับเป็น 1 ปี) (ปี) (Mean = 5.02, S.D. = 1.013, Max = 6, Min = 1)		
ต่ำกว่า 5 ปี	43	22.17
5	74	38.14
6	77	39.69
ข้อมูลการรับรู้สุขภาพช่องปากของเด็ก		
การแปรงฟันของเด็ก		
เด็กแปรงฟันเอง	135	69.59
แปรงฟันให้เด็ก	59	30.41
อายุของเด็กที่ผู้ดูแลแปรงฟันให้ (เดือน) (Mean = 14.93, S.D. = 9.773, Max = 48, Min = 6)		
ต่ำกว่า 12 เดือน	68	35.05
12 - 23	80	41.24
24 – 35	27	13.92
36 เดือนขึ้นไป	19	9.79
เด็กมีฟันผุ		
มี	133	68.56
ไม่มี	61	31.44



ข้อมูลของผู้ดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กเคยปวดฟัน		
เคย	82	42.27
ไม่เคย	112	57.73
เด็กมีฟันเก/ฟันเหยิน		
มี	44	22.68
ไม่มี	150	77.32

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ดูแลมีความรอบรู้เฉลี่ยในด้านทักษะการตัดสินใจของอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 83.51 ตามด้วยการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพเด็ก ระดับสูง ร้อยละ 62.37 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพของผู้ดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 54.64 ทักษะการสื่อสารของผู้ดูแล ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.45 และ การรู้เท่าทันสื่อของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.94 ส่วนด้านความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.92 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลโดยรวม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean (ระดับ)	SD	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
			สูง (%)	ปานกลาง (%)	ต่ำ (%)
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพของผู้ดูแล	3.63 (ปานกลาง)	0.923	106 (54.64)	69 (35.57)	19 (9.79)
ความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแล	7.74 (ต่ำ)	2.201	7 (3.61)	63 (32.47)	124 (63.92)
ทักษะการสื่อสารของผู้ดูแล	3.16 (ปานกลาง)	0.945	60 (30.93)	94 (48.45)	40 (20.62)
ทักษะการตัดสินใจของผู้ดูแล	3.44 (สูง)	0.461	162 (83.51)	29 (14.94)	3 (1.55)
การรู้เท่าทันสื่อของผู้ดูแล	3.56 (ปานกลาง)	0.950	93 (47.94)	74 (38.14)	27 (13.92)
การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก	3.91 (สูง)	0.721	121 (62.37)	67 (34.54)	6 (3.09)
โดยรวม	3.03 (ปานกลาง)	0.500	19 (9.80)	158 (81.44)	17 (8.76)



ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่ในระดับพอใช้ โดยพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การดูแลการแปรงฟันเด็ก ร้อยละ 75.26 รองลงมา คือ การดูแลการใช้ขูดนมของเด็ก ระดับดี ร้อยละ 56.70 การพาเด็กเข้ารับบริการทางทันตกรรม ระดับพอใช้ ร้อยละ 63.40 และการดูแลการบริโภคอาหารของเด็ก ระดับพอใช้ ร้อยละ 65.98 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแลโดยรวม

พฤติกรรม	ระดับพฤติกรรม			Mean (ระดับ)	S.D.
	ดี (%)	พอใช้ (%)	ควรปรับปรุง (%)		
การดูแลการแปรงฟันเด็ก	146 (75.26)	43 (22.16)	5 (2.58)	4.10 (ดี)	0.760
การดูแลการบริโภคอาหารของเด็ก	45 (23.20)	128 (65.98)	21 (10.82)	3.16 (พอใช้)	0.641
การดูแลการใช้ขูดนมของเด็ก	110 (56.70)	81 (41.75)	3 (1.55)	3.99 (ดี)	0.922
การพาเด็กเข้ารับบริการทางทันตกรรม	43 (22.16)	123 (63.40)	28 (14.44)	3.31 (พอใช้)	0.797
โดยรวม				3.65 (พอใช้)	0.498

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแล เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ มาวิเคราะห์ด้วยวิธี Stepwise Enter Method พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายการมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย มี 5 ตัวแปร ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแล

ปัจจัย	B (95%CI)	S.D.	Beta (β)	t	p-value
Constant	1.064 (0.569, 1.560)	0.251		4.236	< 0.001*
การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก	0.284 (0.199, 0.368)	0.043	0.411	6.622	< 0.001*
ความรู้ ความเข้าใจ	0.048 (0.024, 0.073)	0.012	0.214	3.902	< 0.001*
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.139 (0.074, 0.203)	0.033	0.257	4.232	< 0.001*
อาชีพของผู้ดูแล (ประกอบอาชีพ = ref)	0.320 (0.099, 0.542)	0.112	0.155	2.851	0.005*
ทักษะการตัดสินใจ	0.168 (0.051, 0.284)	0.059	0.155	2.829	0.005*

R = 0.671, R² = 0.450, F = 30.824

*p-value < 0.05



สรุปผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับสูงมากที่สุด รองลงมา คือ การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพเด็ก การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และการรู้เท่าทันสื่อ ส่วนด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การดูแลสุขภาพแปร่งฟันเด็ก ตามด้วยการดูแลสุขภาพการใช้ขงนมของเด็ก การพาเด็กเข้ารับบริการทางทันตกรรม และการดูแลสุขภาพบริโภคนอาหารของเด็ก ส่วนตัวแปรที่สามารถอธิบายการมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย มี 5 ตัวแปร ได้แก่ การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ($\beta = 0.411$) ความรู้ ความเข้าใจ ($\beta = 0.214$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\beta = 0.257$) อาชีพของผู้ดูแล ($\beta = 0.155$) และทักษะการตัดสินใจ ($\beta = 0.155$) โดยสามารถอธิบายอำนาจการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้ ร้อยละ 45.00 ($R = 0.671$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถเขียนสมการได้เป็น $\hat{y} = 1.064 + 0.284x_1 + 0.048x_2 + 0.139x_3 + 0.320x_4 + 0.168x_5$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ดูแลมีความรอบรู้เฉลี่ยในด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 83.51 และด้านความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำที่สุด ร้อยละ 63.92 ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในด้านความรู้ ความเข้าใจที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ คือ ผู้ดูแลมีการเลือกใช้อาติฟันผสมฟลูออไรด์ที่ไม่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย ทำให้การแปร่งฟันของเด็กขาดประสิทธิภาพ และมีผลต่อการป้องกันโรคฟันผุ จึงควรแนะนำให้มีการใช้ฟลูออไรด์ที่เหมาะสมแต่ละช่วงวัย⁽¹³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรนภา จบศรี⁽⁵⁾ พบว่า ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลอยู่ในระดับพอใช้ และผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ทราบปริมาณยาฟลูออไรด์ที่ควรใช้ในเด็ก อายุ 3-5 ปี มากถึงร้อยละ 70.2 และไม่ทราบวิธีการวางขนแปรงในขณะแปรงฟันที่ถูกต้อง ร้อยละ 62.8 แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการแปรงฟัน แต่ยังไม่สามารถปฏิบัติตนในการจัดเตรียมอุปกรณ์ โดยเฉพาะยาฟลูออไรด์ที่เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้อย่างถูกต้อง

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอยู่ในระดับพอใช้ โดยพฤติกรรมของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการใช้ยาฟลูออไรด์แปรงฟันให้เด็ก แต่ยังขาดการแปรงฟันเด็กก่อนนอน การแปรงฟันเด็กช้า และการตรวจความสะอาดหลังแปรงฟันให้เด็ก อีกทั้งผู้ดูแลบางส่วนให้เด็กรับประทานนม กรูบกรอบ และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม นมหวาน เป็นต้น การใช้ขงนมของเด็ก ผู้ดูแล



ส่วนใหญ่ไม่ปล่อยให้เด็กหลับโดยที่ยังมีขวดนมอยู่ในปาก ยังมีผู้ดูแลบางส่วนพาเด็กไปพบหมอฟันเฉพาะตอนที่เด็กมีอาการปวดฟันเท่านั้น และไม่ค่อยพาเด็กไปตรวจฟันทุก 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกตุวดี เจือจันทร์⁽¹⁴⁾ พบว่า ผู้ดูแลมีการแปรงฟันให้เด็กเพียงวันละ 1 ครั้ง ไม่เคยตรวจความสะอาดช่องปากหลังจากเด็กแปรง พาเด็กไปพบหมอฟัน เมื่อเด็กมีฟันผุ และมีอาการปวดฟัน และไม่เคยพาเด็กไปตรวจสุขภาพช่องปาก

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแล มี 5 ตัวแปร ได้แก่ การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ($\beta = 0.411$) ความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแล ($\beta = 0.214$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพของผู้ดูแล ($\beta = 0.257$) อาชีพของผู้ดูแล ($\beta = 0.155$) และทักษะการตัดสินใจของผู้ดูแล ($\beta = 0.155$) โดยสามารถอธิบายอำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้ ร้อยละ 45.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของฉัตรนภา จบศรี⁽⁵⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย ผู้ดูแลที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ($\beta = 0.121$) เคยพาเด็กไปรับบริการตรวจฟัน ($\beta = 0.167$) และเคลือบฟลูออไรด์ ($\beta = 0.122$) ส่วนปัจจัยความรู้ทางทันตสุขภาพในเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครองมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการตนเอง ($\beta = 0.257$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\beta = 0.179$) และทักษะการตัดสินใจ ($\beta = 0.184$) ซึ่งตัวแปรดังกล่าวข้างต้นสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนได้ร้อยละ 31.6 (Adjusted $R^2 = 0.305$) และจากการศึกษาของปิยภา สอนชม และปิยะนารถ จาติเกตุ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และจำนวนช่องทางที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพช่องปาก แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านสังคม และความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งสำคัญต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ดูแลที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพช่องปากที่ดีตามมาด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ดูแล โดยเน้นโปรแกรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาด้านการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ทักษะการตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ให้ความรู้ ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการทำความสะอาดช่องปากเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง วิธีการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดช่องปากเด็กที่เหมาะสม แนะนำแหล่งข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่น่าเชื่อถือ และช่องทางการเข้ารับบริการทางทันตกรรมที่เหมาะสม ซึ่งหากผู้ดูแล



มีความรอบรู้สุขภาพที่ดี และมีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่เหมาะสมมากขึ้น ก็จะส่งผลทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กดีขึ้นตามไปด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความเมตตากรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาริย์ อับดุลลาฮาซิม ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย ที่เป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์ ที่เป็นกรรมการสอบ และให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขให้วิจัยฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จังหวัดจันทบุรี ทุกท่านเป็นอย่างยิ่งที่เสียสละเวลาของท่านในการตอบแบบสอบถามให้อย่างครบถ้วน และขอขอบคุณคุณคุณวราภรณ์ ปราบก ที่ช่วยประสานงานวิทยานิพนธ์และช่วยเหลือต่างๆ ให้ผู้วิจัยได้จัดทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนคี่ไซน์; 2567.
2. สุพัตรา วัฒนเสน, สุนิสา มาม่วง, สุวนันท์ ไชยวุฒิ, มาลิกา นามทรงศรัณย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูมิตนายน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารทันตภิบาล 2565; 1: 43-56.
3. 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: 259-267.
4. กองสุศึกษา. ความฉลาดทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย (จำกัด); 2556.
5. นัตรนภา จบศรี และภัทราพล มากมี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2566; 1: 102-117.
6. ชีระ วรรณรัตน์, ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์, อรจิรา วงษ์คนตรี, มณฑิลา เจนพานิชทรัพย์. การทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 3 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/research/detail/6326>



7. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ข้อมูลประชากร [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: กรมอนามัย; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-all/changwat?year=2021&cw=22>
8. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร ศาสตร์เพ็ชร, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ 2562; 9: 496-507.
9. ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2556; 2: 9-18.
10. Bloom, Benjamin S. Hand book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
11. Best, John W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.
12. กัลยา วานิชย์บัญชา, จิตา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา; 2560.
13. สุดาตวง กฤษณาพงษ์. แปร่งแห่ง. วารสารการสาธารณสุข 2560; 2: 348-359.
14. เกตุวดี เจือจันทร์, อิชยา สิ้นไชย, อรวรรณ นามมนตรี, อโนชา ศิลาสัย, หฤทัย สุขเจริญโกศล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองและสภาวะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอแก่งคอย จ.สระบุรี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2559; 1: 5-17.
15. ปิยภา สอนชม, ปิยะนารถ จาติเกตุ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลและสภาวะโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ 2565; 2: 329-339.



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ตำบลโคกสูง อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

EFFECTS OF USING A SELF – MANAGEMENT PROGRAM FOR PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES UNCONTROLLABLE AT KHOKSALUNG SUBDISTRICT, PHATTHANA NIKHOM DISTRICT, LOPBURI PROVINCE

Received: March 29, 2024

Revised: July 06, 2024

Accepted: July 14, 2024

ประสิทธิ์ โคมวงศ์^{1*}, พรรณี บัญชรหัตถกิจ², ทศพร ชุสัคคี²

Prasit Chomwong^{1*}, Pannee Banchonhattakit², Thassaporn Chusak²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์คัดเข้า จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1) โปรแกรมการจัดการสุขภาพ และ 2) แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยวิเคราะห์ค่า KR-20 เท่ากับ 0.89 และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.95 เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ dependent t-test และ Independent t-test ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

องค์ความรู้ที่ได้รับ คือ การส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีการติดตามเยี่ยมบ้าน การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพภายใต้ความสามารถในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

Master of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage. Pathum Thani Province

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage. Pathum Thani Province

*Corresponding author E-mail: Chomprasit@gmail.com



Abstract

This research aimed objective is to compare knowledge, self-care behavior and sugar accumulation in the blood of type 2 diabetic patients before and after the experiment and compare the experimental group and control group by applying a self-management program for diabetic patients. The sample was selected using the inclusion criteria, 2 groups of 30 people per group. Research instruments included 1) health management program and 2) knowledge questionnaire and self-care behavior by analyzing the KR-20 value of 0.89 and testing the Cronbach's alpha coefficient of 0.95, comparing differences using dependent t-test and Independent t-test statistics, setting the significance level at 0.05.

Findings reveal that before receiving the program, knowledge about diabetes, self-care behaviors and blood sugar level were indifferent between the experimental group and control group. After receiving the program, the experimental group had more knowledge and had better self-care behaviors And able to control the sugar level better than before the experiment, and better than the control group that received normal nursing care given a statistically significant level of .05.

The knowledge received is the promotion of self-management with home visits. Environmental management that is conducive to healthy under the self-management ability of the sample. This results in better control of blood sugar.

Keywords: Type 2 diabetes patients, Self-management program, Self-care behaviors



บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญ ปัจจุบันทั่วโลกพบผู้ป่วย 537 ล้านราย ได้มีการประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านราย⁽¹⁾ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3.2 ล้านราย พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนรายต่อปี สูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลสูงถึง ปีละ 47,596 ล้านบาท⁽²⁾ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562-2564 พบอัตราการป่วยอยู่ที่ 1,292.79, 1,344.95 และ 1,439.04 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เมื่อศึกษาอัตราการตายในปีเดียวกัน พบว่า มีอัตราการตาย อยู่ที่ 25.30, 25.05 และ 24.55 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽³⁾

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดลพบุรี ปี พ.ศ. 2561-2565 พบอัตราป่วยอยู่ที่ 540.4, 522.60, 555.34, 594.02 และ 619.57 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถคุมน้ำตาลได้ ถึงร้อยละ 55.61, 55.91, 51.75, 58.76 และ 56.73 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2561-2565 อยู่ที่ 529.56, 446.51, 552.83, 592.29 และ 748.93 ต่อแสนประชากร คุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 65.25, 63.00, 54.55, 62.30 และ 63.94 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ตำบลโคกสูง อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 874 ราย อัตราป่วย เท่ากับ 7728.35 คนต่อแสนประชากร และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ในเลือดได้ ร้อยละ 69.47⁽⁵⁾ ซึ่งปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแล ตนเอง การออกกำลังกาย การใส่ใจและการรักษา ปัจจัยด้านอารมณ์ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย⁽⁶⁾ การหาวิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยในชุมชน ต้องคำนึงถึงการได้ผลที่คุ้มค่า ตรงกับความต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยน้ำตาลในเลือดเข้าสู่ ภาวะปกติได้ ด้วยการจัดการพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง⁽⁷⁾ รวมถึงการชะลอ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้การจัดการตนเองให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เสริมสร้างให้ผู้ป่วย มีความรู้และมีทักษะการจัดการตนเองในการลดพฤติกรรมเสี่ยง อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาโปรแกรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในช่วงมาตรการผ่อนคลايโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น สำหรับ ผู้ให้บริการสาธารณสุขในชุมชน ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมวิถีใหม่ โดยการใช้เทคโนโลยี มาเกี่ยวข้อง เพื่อติดตามผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยและให้คำปรึกษาผู้ป่วยได้ตลอดเวลา⁽⁸⁾

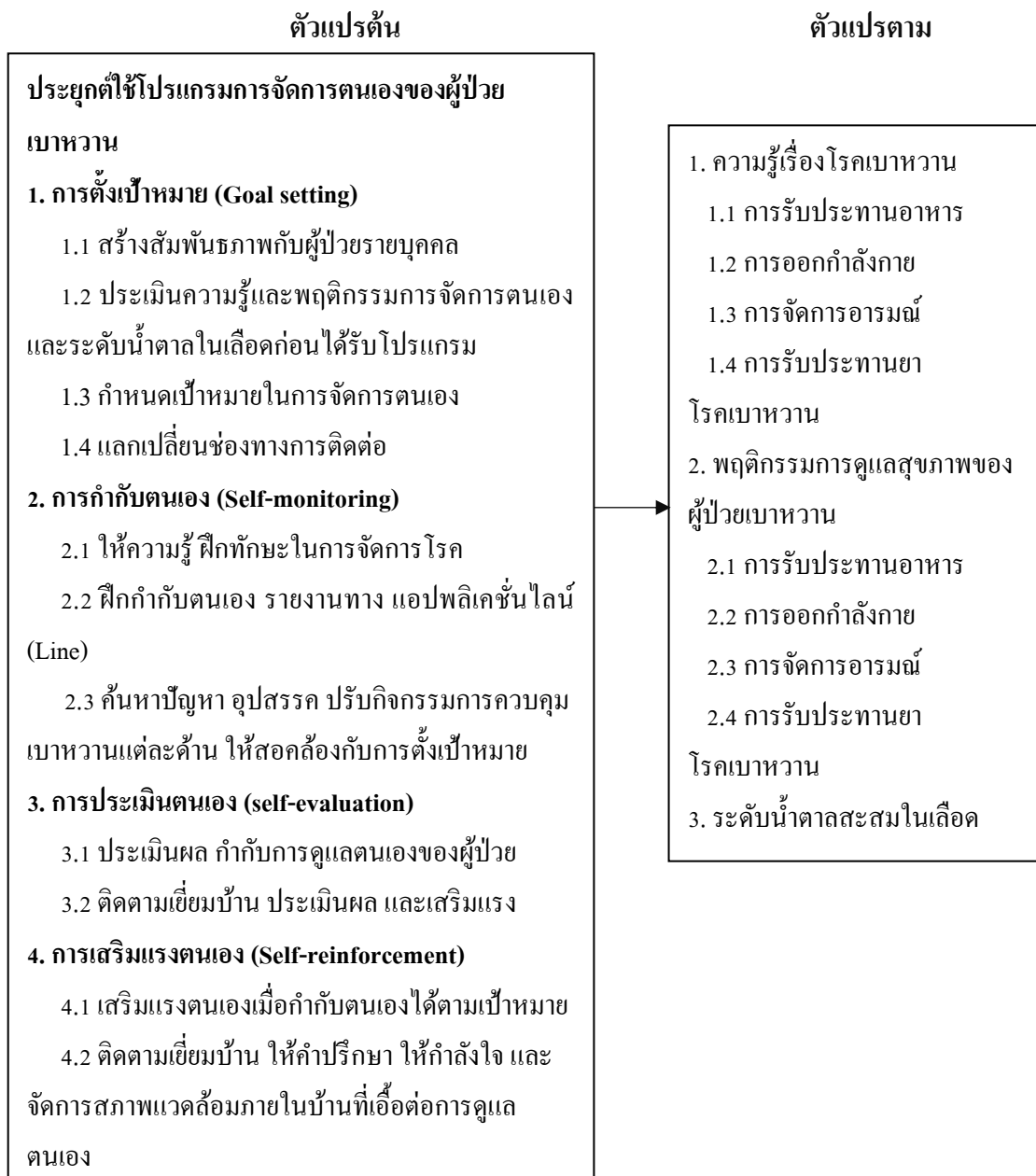
จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาผลการใช้ โปรแกรมการจัดการตนเอง การปฏิบัติตัวต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในตำบลโคกสูง อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี โดยใช้เทคโนโลยีมาเกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพและประสิทธิผลที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Self-Management Program)⁽⁹⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากแพทย์และขึ้นทะเบียนเพื่อรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้คัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลาก หากพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาณาเขตติดต่อกันระหว่างพื้นที่ให้พิจารณาจับฉลากใหม่อีกครั้ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (contamination) กลุ่มทดลองศึกษาในตำบลโคกสูง และกลุ่มควบคุมศึกษาในตำบลชนน้อย อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ระยะทางระหว่างพื้นที่ที่ศึกษาห่างกัน 30 กิโลเมตร

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาของจิตรา จันทรเกตุ⁽¹⁰⁾ เรื่องผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านโภชนาการต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใน จังหวัดราชบุรี ได้มีการศึกษาตัวแปรที่คล้ายคลึงกันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 6.68 (S.D.= 0.79) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 7.25 (S.D.= 0.64) มาคำนวณหาค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.80 คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนดได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย แบ่งกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย ใช้กลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้าร่วมงานวิจัย⁽¹¹⁾ ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ตั้งแต่ 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป และได้รับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังในตำบลชนน้อย และตำบลโคกสูง อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

2) อายุ 35–59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

3) มือและนิ้วมือใช้งานได้ปกติ สามารถสื่อสารการมองเห็นพูดคุย และการได้ยินเป็นปกติ

4) มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัย และสามารถใช้อุปกรณ์สื่อสารได้

5) สามารถเขียนหนังสือและอ่านหนังสือได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย



ผู้วิจัยได้ดำเนินการพหุภังคิทธิของกุ่มตัวอย่างมีการชี้แจงรายละเอียดในเก็บข้อมูลของกุ่มตัวอย่างไว้ ดังนี้ ผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) และข้อมูลที่ได้ ไม่ระบุรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล และถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่ส่งผลต่อกระทบต่อกุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง การประเมินผล การศึกษา และการเสริมแรงตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ โทรศัพท์มือถือที่สามารถดาวน์โหลดและใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line)

3. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลตามสภาพความเป็นจริงมีทั้งสิ้นจำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ แบบทดสอบเป็นชนิดให้เลือกตอบ ถูก หรือ ผิด โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบข้อถูกเพียงข้อเดียวโดยมีเกณฑ์พิจารณาให้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนแต่ละข้อ เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 19 ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ

การปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์
การปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 1-3 ครั้งต่อเดือน
การไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน

โดยพิจารณาให้ค่าคะแนนเป็นดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	3

การแปลผลคะแนนมีคะแนนเต็ม 57 คะแนน

แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำไปทดลอง (Try out) ในพื้นที่ตำบลมะกอกหวาน อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน 30 ราย และนำแบบสอบถาม



มาวิเคราะห์ โดยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน นำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องใช้สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) 2) ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มาใช้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังตำบลชนน้อยและตำบลโคกสูง อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี จากการสังเกต การจดบันทึก และการบันทึกภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 4 เดือน ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2566 ถึงเดือน มีนาคม 2567 โดยแบ่งขั้นตอนการศึกษาเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงในคลินิกโรคเรื้อรังตำบลชนน้อย และตำบลโคกสูง อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 วิธี ดังนี้

1. ศึกษาประวัติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย
2. ศึกษาผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c})
3. สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง พื้นที่ตำบลโคกสูง โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Self-Management Program) วัดผลจากความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองที่คลินิกโรคเบาหวาน ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มทดลอง และขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม (Pre-test) และเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) หลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 2-12 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการจัดการตนเองฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมที่ให้ป็นรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ติดตามทางโทรศัพท์ 7 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2,5 และสัปดาห์ที่ 8 การติดตามเยี่ยมบ้าน



สัปดาห์ที่ 3, 4, 6, 7, 9, 10 และสัปดาห์ที่ 11 การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และทาง Line

สัปดาห์ที่ 12 ระยะประเมินผล ตอบแบบสอบถาม (Post-test) กลุ่มทดลองได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) หลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมที่คลินิกโรคเบาหวาน สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งการเข้าร่วมเป็นกลุ่มควบคุมและขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม (Pre-test) หลังจากนั้นให้กลุ่มควบคุมได้รับการตรวจเลือดตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 12 ระยะประเมินผล ตอบแบบสอบถาม (Post-test) กลุ่มควบคุมได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c})

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ dependent t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี รหัสจริยธรรมวิจัย COA No. 004/2567 REC No. 0105/2566 รับรองวันที่ 22 มกราคม 2567 ผู้วิจัยได้ยึดตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ เคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52.78 ปี (S.D.= 6.75) สถานะภาพสมรสและมีอาชีพเกษตรกร ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา รายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของรายได้เท่ากับ 7,950 บาทต่อเดือน (รายได้ต่ำสุด เท่ากับ 600 บาท, รายได้สูงสุด เท่ากับ 47,000 บาท) ระยะเวลาเจ็บป่วยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 7.5 ปี (ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยสุด เท่ากับ 2 ปี, ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุด เท่ากับ 15 ปี) ผู้ป่วยได้คำแนะนำในการดูแลตนเองจากแพทย์และพยาบาลทุกราย

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
1.ชาย	6	20.00	8	26.70	14	23.30
2.หญิง	24	80.00	22	73.30	46	76.70
อายุ						
1. อายุต่ำกว่า 40 ปี	1	3.30	4	13.30	5	3.00
2. อายุ 40 – 49 ปี	5	16.70	6	20.00	11	18.37
2. อายุ 40 – 49 ปี	5	16.70	6	20.00	11	18.37
3..อายุ 50 - 59 ปี	20	66.70	18	60.00	38	63.46
4. อายุ 60 ปีขึ้นไป	4	13.30	2	6.70	6	10.02
(Mean= 52.78 ,SD.=6.75)						
สถานะภาพ						
1. โสด	3	10.00	8	26.70	11	17.60
2.สมรส	25	83.30	18	60.00	43	68.80
3.หม้าย	0	0.00	2	6.70	2	3.20
4.แยกกันอยู่/หย่าร้าง	2	6.70	2	6.70	4	6.40
อาชีพ						
1.เกษตรกร	19	63.30	24	80.00	43	68.60
2.ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	1	3.30	2	6.70	3	4.80
3.ค้าขาย	9	30.00	4	13.30	13	20.80
4.พนักงานโรงงาน/เอกชน	1	3.30	0	0.00	1	1.60
รายได้ต่อเดือน						
1. น้อยกว่า 10,000 บาท	25	83.30	23	76.70	48	76.80
2. 10,001 – 20,000 บาท	2	6.70	5	16.70	7	11.20
3. 20,001 – 30,000 บาท	2	6.70	1	3.30	3	4.80
4. มากกว่า 30,0001 ขึ้นไป	1	3.30	1	3.30	2	1.60
(Median=7,950 ,Min=600 ,Max=47,00)						



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
1. ไม่ได้รับการศึกษา	2	6.70	7	23.30	9	14.40
2. ประถมศึกษา	24	80.00	18	60.00	42	67.20
3. มัธยมศึกษา/ปวช	3	10.00	3	10.00	6	9.60
4.ปริญญาตรี	1	3.30	2	6.70	3	4.80
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย						
1. น้อยกว่า 5 ปี	11	36.70	12	40.00	13	20.80
2. 5 - 10 ปี	14	46.70	15	50.00	29	46.40
3. มากกว่า 10 ปี	5	16.70	3	10.00	8	12.80

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม

ก่อนได้รับโปรแกรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Difference	95% CI	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	14.13	2.24	14.70	1.94	-0.56	(-1.78)-0.64	-0.95	0.34
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	41.60	3.88	40.97	3.51	0.63	(-1.52)-2.79	0.60	0.55
3. น้ำตาลสะสมในเลือด	9.04	2.04	8.29	1.35	0.74	(-0.18)-1.67	1.63	0.11

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (p-value = 0.34) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (p-value = 0.55) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) (p-value = 0.11) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสม
ในเลือด (HbA_{1c}) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับ โปรแกรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Difference	95% CI	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน	17.33	1.24	14.90	2.23	2.43	1.46-3.40	5.13	< 0.01
2. พฤติกรรมการ ดูแลตนเอง	49.27	2.79	41.77	4.07	7.50	5.69-9.30	8.52	< 0.01
3. น้ำตาลสะสม ในเลือด	7.35	1.02	8.26	1.23	-0.91	1.53-0.28	-2.96	0.01

หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (p-value < 0.01) พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น (p-value < 0.01) และควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ให้ลดลงได้ (p-value = 0.01) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสม
ในเลือด (HbA_{1c}) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ด้าน	กลุ่ม	ก่อนรับ		หลังรับ		Mean Differ ence	95% CI	t	p-value
		Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน	ทดลอง	14.13	2.24	17.33	1.24	-3.20	(-4.02)-(-2.37)	-7.89	<0.01
	ควบคุม	14.70	1.94	14.90	2.23	-0.20	(-1.21)-0.81	-0.40	0.69
2. พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ทดลอง	41.60	3.88	49.27	2.79	-7.66	(-9.18)-(-6.15)	-10.35	<0.01
	ควบคุม	40.97	3.50	41.77	4.07	-0.80	(-3.18)-1.58	0.69	0.49
3. ระดับน้ำตาล สะสมในเลือด	ทดลอง	9.04	2.04	7.35	1.02	1.68	0.24-1.17	6.79	<0.01
	ควบคุม	8.29	1.35	8.26	1.23	0.03	(-0.08)-0.15	-0.55	0.58

เมื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (p-value = 0.96) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (p-value = 0.49) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (p-value = 0.56) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาของกลุ่มทดลอง พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น พฤติกรรม



การดูแลตนเองสูงขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ให้ลดลงหรือเข้าสู่ภาวะปกติ ได้ดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value < 0.01)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มทดลอง หลังการได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลในเชิงบวกต่อระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพชร เหล่าประสิทธิ์ (2566)⁽¹²⁾ ซึ่งพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ และด้านการรับประทานยาโรคเบาหวานที่ดีขึ้นส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญลักษณ์ แสนบุคคา และคณะ (2566)⁽¹³⁾ การสนับสนุนการจัดการตนเอง สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างและญาติ ผู้วิจัยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ทราบถึงมูลเชิงลึกในการจัดการตนเอง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเองแต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ เนื่องจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปก่อให้เกิดแรงกดดันจากครอบครัว การติดตามเยี่ยมบ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นศึกษาลักษณะสภาพเศรษฐกิจ สังคม และชุมชนของกลุ่มตัวอย่างได้ชัดเจน และสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างจัดการตนเองได้มากขึ้นลดผลกระทบจากครอบครัว ลดภาวะความเครียด และสามารถจัดการอารมณ์ตนเองได้ดี

เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ (2562)⁽¹⁴⁾ และการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มทดลองยังสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี นามพะราช (2561)⁽¹⁵⁾ โปรแกรมการจัดการตนเองมีการติดตามผู้ป่วยตลอดกระบวนการ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถในการจัดการตนเองให้ดีขึ้นภายใต้การสนับสนุนของผู้วิจัยและญาติ ซึ่งการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ร่วมตัดสินใจ การเจรจาต่อรองภายใต้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในเชิงบวกแล้ว และไม่ก่อให้เกิดความกดดันในการจัดการพฤติกรรม



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วม และประเมินค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย
2. ควรมีการนำรูปแบบหรือโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยมีความเสี่ยง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถานการณ์โรคเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmthai.org>
2. กรมควบคุมโรค. กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256>
3. กรมควบคุมโรค. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016>
4. Health data center: HDC. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) จังหวัดลพบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://lri.hdc.moph.go.th>
5. กานต์ชนก สุทธิผล. ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี. นครสี่ธรรมราชวารสาร 2565; 1-11.
6. ชูไอนี ดอเลาะ และโนเยฮารี สา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา. TUH Journal online Volume 4; 2562: 28-30.
7. ปราณี ศรีสงคราม. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน; ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2563: 84-94
8. กฤษฎา หาสิงาม และลาวัลย์ บาลศิริ. ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลหนองแคน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และนวัตกรรม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์; ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565: 60-72



9. Kanfer, F.H., & Gaelick-Bays, L. Self management Medthod. In Kanfer FH, Goldsteinn A, editors. Helping people change: A text book at medthods. (8thed). New York: Pergumon press; 1991.
10. จิตรา จันทรเกตุ. ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านโภชนาการต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใน จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2562.
11. กนกวรรณ ค้วงกลัด. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. Journal of Health and Nursing Research; Vol.36 No.1 January-April 2020: 66-82
12. พวงเพชร เหล่าประสิทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในไม่ได้ของโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย. วารสารการแพทย์เขต 11/2566; 1: 29-45.
13. ธัญญลักษณ์ แสนบุคดา และคณะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2: ช่วงมาตรการผ่อนคลยโควิด-19. วารสารวิชาการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 2566; 1: 531.
14. กฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไผ่อินชูลิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2562; 2: 78-103
15. สาวิตรี นามพะชาย. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง/พฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2561.



**การพัฒนารูปแบบการประเมินความก้าวหน้าโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์
ประเด็นยุทธศาสตร์ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
(PP&P EXCELLENCE) ของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา**

**DEVELOPMENT OF A MODEL FOR EVALUATING PROJECT PROGRESS UNDER
THE STRATEGIC PLAN STRATEGIC ISSUES PROMOTION, PREVENTION &
PROTECTION EXCELLENCE STRATEGY(PP&P EXCELLENCE) OF
BUDDHASOTHORN HOSPITAL CHACHOENGSAO HOSPITAL**

Received: April 10, 2024

Revised: July 19, 2024

Accepted: July 23, 2024

อุบลรัตน์ แสงเมฆ^{1*}

Ubonrat Saengmek^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินความก้าวหน้าโครงการ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 34 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ ผลการวิจัย พบว่า การประเมินความก้าวหน้าโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีการพัฒนารูปแบบการประเมินความก้าวหน้าโดยใช้รูปแบบ CIPP MODEL จนได้รูปแบบการประเมินความก้าวหน้าที่สัมพันธ์กัน 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านบริบทโครงการ 2) ด้านปัจจัยการนำเข้า 3) ด้านกระบวนการดำเนินงาน 4) ด้านผลผลิต เมื่อทำการประเมินความเหมาะสมรูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินการประเมินความก้าวหน้า พบว่า ภาพรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านบริบทโครงการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาด้านกระบวนการดำเนินงาน ด้านผลผลิต และด้านปัจจัยนำเข้า

คำสำคัญ: การประเมินโครงการ, การพัฒนารูปแบบการประเมินความก้าวหน้าโครงการ

¹ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

Buddhasothorn Hospital Chachoengsao Province

*Corresponding author E-mail: mui.ubo@gmail.com



Abstract

This research is quantitative research. Using survey research methods. The objective is to study the results of the CIPP MODEL evaluation in evaluating project progress under the strategic plan strategic issues promotion, prevention and protection excellence strategy (PP&P Excellence) of Buddhasothon Hospital, Chachoengsao province. The sample group used this time was 34 officials responsible for the project. Data were collected using interviews. The research results found that : Project progress under the strategic plan strategic issues promotion, prevention and protection excellence strategy (PP&P Excellence) has developed a progress assessment model using the CIPP Model. The result is a format for evaluating progress related to 4 elements: 1) project context, 2) input factors, 3) operational processes, 4) output. Evaluating the appropriateness of the CIPP MODEL for evaluating progress assessments It was found that the overall picture and each aspect were at a high level. The project context is appropriate at the highest level. Followed by operational processes, output and inputs.

Keywords: Project Evaluation, Development of Project Progress Evaluation Model



บทนำ

ปัจจุบันประชากรไทยยังประสบกับปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งสาเหตุสำคัญเกิดจากโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ บังคับเสี่ยง หรือรวมถึงภัยสุขภาพที่ล้วนส่งผลให้เกิดการป่วยและเสียชีวิตได้ ทิศทางของ การทำงานของกระทรวงสาธารณสุขจึงเพื่อการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จากการปฏิรูปประเทศ ไทยด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายทิศทาง เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ที่จะ พัฒนาสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้านคือ 1) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหาร เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมาย ซึ่งการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) เพื่อส่งเสริมให้ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และลด บังคับเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยมีการวางแผนในระยะยาว ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ 1) แผนพัฒนา คุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย 2) แผนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 3) แผนความปลอดภัย ด้านอาหารและลดบังคับเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 4) แผนการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อ มุ่งหวังให้ประชาชนตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง และเกิดการพัฒนาระบบสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy : PHPP) ในทุกเขตสุขภาพตามพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 และน่านโยบายสู่การปฏิบัติตามบริบทของพื้นที่ที่มีสถานการณ์ปัญหา สุขภาพที่แตกต่างกัน⁽¹⁾

การดำเนินโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศเป็นส่วนหนึ่งในการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและส่งเสริมสุขภาพ ในทุกมิติ นอกจากการจัดทำโครงการและดำเนินงานตามแผนจำเป็นต้องมีการประเมินผลการ ดำเนินงานโครงการซึ่งถือเป็นขั้นตอนสำคัญ เนื่องจากผลการดำเนินการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายเพียงใด รวมทั้งรับรู้ถึงคุณค่าของนโยบายที่ประเมิน ซึ่งผลการประเมินช่วยให้ ผู้รับผิดชอบโครงการได้เรียนรู้และนำข้อมูลที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น⁽²⁾ การประเมินความก้าวหน้าโครงการเป็นการประเมินผลโครงการที่กำลังมีการดำเนินการอยู่หรือกำลัง พัฒนาโครงการเพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แล้วนำผลที่ได้มาใช้ในการปรับปรุง ใช้ในการ พัฒนาและปรับปรุงสิ่งที่ถูกประเมิน ตรวจสอบคุณภาพของการปฏิบัติงาน พิจารณาปัจจัยนำเข้าและ ปัจจัยที่ส่งผลจากภายนอก ซึ่งผลจากการประเมินความก้าวหน้าโครงการช่วยกำหนดวัตถุประสงค์ของ โครงการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่แท้จริง โดยการประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการเป็นการสะท้อนกลับ ถึงการประเมินความก้าวหน้าโครงการตามหลักการ เพื่อนำผลมาแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงาน โครงการก่อนที่โครงการจะสิ้นสุดลง ซึ่งส่วนสำคัญในการประเมินความก้าวหน้าโครงการ คือ รูปแบบการประเมินโครงการ โดยรูปแบบการประเมินโครงการเป็นกรอบแนวคิดหรือแบบแผนที่เป็น



ระบบ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่ควรประเมิน ขั้นตอนและวิธีการประเมิน รูปแบบการประเมินจะช่วยชี้แนวทางในการประเมิน

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา มีการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกับทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป้าหมายในการพัฒนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอจากการประชุมคณะกรรมการด้านยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพุทธโสธรประจำปี 2566 พบว่า ยังขาดรูปแบบการประเมิน โครงการที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ซึ่งรูปแบบการประเมินโครงการที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ คือ รูปแบบการประเมินแบบ CIPP MODEL (Context, Input, Process, Product) ของ Daniel Stufflebeam โดยมีการประเมินใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์⁽³⁾ เป็นรูปแบบการประเมินวัตถุประสงค์และรายละเอียดต่างๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการและกิจกรรม มีลักษณะเป็นแบบประเมินความก้าวหน้าเพื่อชี้จุดเด่นจุดด้อยของการดำเนินงาน ทั้งในระยะก่อนการดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงาน และเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงานโครงการ ถือได้ว่าเป็นรูปแบบที่ช่วยให้การประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลพุทธโสธร มีความชัดเจน และมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถปรับปรุงการดำเนินงานได้อย่างตรงจุด และบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นเพื่อแก้ไขและนำไปสู่การพัฒนาโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการประเมินความก้าวหน้าโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) สามารถทำการประเมินการดำเนินงานโครงการได้ครบถ้วน เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาปรับปรุงการดำเนินงานโครงการและดำเนินงานโครงการให้เป็นไปด้วยความต่อเนื่องก่อนที่โครงการจะสิ้นสุดลง ซึ่งเมื่อมีการประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการจะทำให้ผลการดำเนินงานโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานโครงการได้ นอกจากนี้ การวิจัยนี้ยังมุ่งหวังให้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการประเมินโครงการในประเด็นยุทธศาสตร์อื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และสังคมอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินความก้าวหน้าโครงการ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา



การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

ยุทธศาสตร์ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ยุทธศาสตร์ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยมีการวางแผนในระยะยาวประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ 1) แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย 2) แผนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 3) แผนความปลอดภัยด้านอาหาร และลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 4) แผนการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม⁽¹⁾

การประเมินโครงการแบบชิปโมเดล (CIPP MODEL)

รูปแบบการประเมินโครงการแบบชิป โมเดล (CIPP Model) ของ สตัฟเฟิลบีม (Daniel L. Stufflebeam) เน้นการประเมินที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่สำคัญ คือ ใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการเพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา วัตถุประสงค์ของการประเมิน คือ การให้สารสนเทศที่สำคัญเพื่อการตัดสินใจ คำว่า CIPP ย่อมาจากคำว่า Context, Input, Process และ Product การประเมินเป็นกระบวนการของการบรรยาย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำข้อมูลใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งมุ่งประเมิน 4 ด้าน คือ⁽³⁾ 1) ด้านการประเมินบริบท ช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนทั้งหมด 2) ด้านการประเมินปัจจัยเบื้องต้น ช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดโครงสร้าง สมรรถนะและแนวทางดำเนินโครงการ 3) ด้านการประเมินกระบวนการ ช่วยให้ได้ข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ และ 4) ด้านการประเมินผลผลิต ช่วยวัดและพิจารณาการตัดสินใจเกี่ยวกับการทบทวน การชะลอ ขยายโครงการ ปรับปรุงแก้ไขหรือยุติการดำเนินการ

การประเมินความก้าวหน้าโครงการ (Formative Evaluation)

การประเมินความก้าวหน้าโครงการ เป็นการประเมินผล เพื่อการปรับปรุงเป็นสำคัญซึ่งมักจะใช้ประเมินผลระหว่างแผนหรือระหว่างพัฒนาโครงการ ผลที่ได้จากการประเมินความก้าวหน้าโครงการนั้นจะช่วยตั้งวัตถุประสงค์ของโครงการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่แท้จริง อาจใช้ประเมินสิ่งต่อไปนี้ 1) ทบทวนแผนของโครงการ 2) การสร้างแผนของโครงการ 3) การพัฒนาแบบสอบถามหรือรายการสำหรับรวบรวมข้อมูลตามเรื่องที่ต้องการ 4) การคัดเลือกวิธีการวัดผลที่เหมาะสม 5) การกำหนดตารางเวลาการประเมินผลให้สอดคล้องกับการดำเนินโครงการ 6) การเตรียมข้อมูลที่จะเป็นข่าวสารสำหรับการรายงานและเสนอแนะสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ 7) การแนะนำแนวทางปรับปรุง การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของโครงการ⁽⁴⁾



งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พัชรินทร์ สมบูรณ์ และคณะ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการภายใต้แผนงานสร้างสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการประเมินที่พัฒนาขึ้นมี 7 องค์ประกอบ คือ 1) วัตถุประสงค์ของการประเมิน 2) สิ่งที่มีประเมิน 3) วิธีการประเมิน 4) เวลาในการประเมิน 5) ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโครงการ 6) เกณฑ์การตัดสินการประเมินและ 7) การให้ข้อมูลป้อนกลับ คุณภาพรูปแบบการประเมิน พบว่า 1) มีความเหมาะสมโดยสอดคล้องกับนโยบายสร้างสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) มีความเป็นไปได้โดยนำไปใช้ได้จริงกับการดำเนินงานสร้างสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3) มีความถูกต้องโดยให้สารสนเทศจากการประเมินที่มีความถูกต้องครอบคลุมครบถ้วน และ 4) มีความเป็นประโยชน์โดยทำให้ได้ข้อมูลป้อนกลับมาปรับปรุงการดำเนินงานโครงการและทำให้ผลการดำเนินงานโครงการประสบความสำเร็จ⁽⁵⁾

ระเบียบวิธีวิจัย

การพัฒนารูปแบบการประเมินความก้าวหน้าโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์ประเด็นยุทธศาสตร์ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นการวิจัยแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้รับผิดชอบโครงการยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 34 คน โดยเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้รับผิดชอบโครงการ และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่อยู่ในระหว่างลาพักการปฏิบัติงานโดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 3 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบการประเมินความก้าวหน้าโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการพิจารณาคะแนนจากค่าเฉลี่ย และการแปลความหมายของค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้⁽⁶⁾

4.51–5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

3.51–4.50 หมายถึง อยู่ในระดับมาก



2.51–3.50 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

1.51–2.50 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย

1.00–1.50 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ดำเนินการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของแบบสัมภาษณ์ โดยหาค่าความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ไว้รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เพื่อทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เป็นแนวทางในการจัดทำรูปแบบการประเมินความก้าวหน้าของโครงการ ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .67 ขึ้นไป ซึ่งในการทดสอบครั้งนี้ มีการทดสอบ พบว่า มีค่า Reliability Cronbach Alpha เท่ากับ 0.729

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนาด้วยการหาค่าเฉลี่ยเพื่อการแปลความหมายของค่าเฉลี่ย 5 ระดับ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB002/2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม โครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะใช้เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินความก้าวหน้าโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (PP&P Excellence) ของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ภาพรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก โดยด้านบริบทโครงการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ด้านกระบวนการดำเนินงาน ด้านผลิต และด้านปัจจัยนำเข้า ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินความก้าวหน้า โครงการ ด้านภาพรวมโครงการ

ภาพรวมโครงการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านบริบทโครงการ	4.46	0.542	มาก
ด้านปัจจัยนำเข้า	4.40	0.587	มาก
ด้านกระบวนการดำเนินงาน	4.43	0.566	มาก
ด้านผลผลิต	4.41	0.529	มาก
รวม	4.43	0.556	มาก

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านบริบทโครงการภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = 0.542) โครงการมีความเหมาะสมและมีความจำเป็นในการแก้ปัญหา ($\bar{X} = 4.55$, S.D. = 0.646) มีความเหมาะสมอยู่ในมากที่สุด และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาหลักการและเหตุผลของโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานต้นสังกัด ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.564) และกิจกรรมของโครงการช่วยให้มีการพัฒนาสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการให้ดีขึ้น ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.563) ส่วนหลักการและเหตุผลของโครงการมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.524) มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากแต่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินความก้าวหน้า โครงการ ด้านบริบทโครงการ

ด้านบริบทโครงการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ผู้รับผิดชอบโครงการมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินโครงการอย่างชัดเจน	4.41	0.701	มาก
2. โครงการมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพุทธโสธร	4.42	0.551	มาก
3. โครงการมีความเหมาะสมและมีความจำเป็นในการแก้ปัญหา	4.55	0.646	มากที่สุด
4. วัตถุประสงค์ของโครงการมีความชัดเจนสอดคล้องกับวิธีดำเนินการ	4.41	0.657	มาก
5. กิจกรรมของโครงการช่วยให้มีการพัฒนาสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการให้ดีขึ้น	4.47	0.563	มาก
6. หลักการและเหตุผลของโครงการมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน	4.29	0.524	มาก



ด้านบริบทโครงการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
7. หลักการและเหตุผลของโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานต้นสังกัด	4.50	0.564	มาก
8. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินโครงการ	4.41	0.609	มาก
9. ผู้บริหารให้โอกาสผู้ดำเนินโครงการ แสดงออกถึงปัญหาในการจัดทำโครงการ	4.40	0.564	มาก
รวม	4.46	0.542	มาก

ด้านปัจจัยนำเข้า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.587) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กิจกรรมในโครงการมีความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.551) มีความเหมาะสมอยู่ในมาก และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาผู้รับผิดชอบโครงการมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินโครงการ ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = 0.702) และผู้รับผิดชอบโครงการมีความพร้อมในการดำเนินโครงการ ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.710) ส่วนวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินโครงการเป็นไปตามระเบียบ ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.615) มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากแต่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินความก้าวหน้าโครงการ ด้านปัจจัยนำเข้า

ด้านปัจจัยนำเข้า	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. มีแผนการดำเนินงานตามโครงการอย่างชัดเจน	4.32	0.727	มาก
2. กิจกรรมในโครงการมีความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์	4.47	0.551	มาก
3. ระยะเวลาในการดำเนินโครงการมีความเหมาะสม	4.32	0.589	มาก
4. ผู้รับผิดชอบโครงการมีความพร้อมในการดำเนินโครงการ	4.41	0.710	มาก
5. ผู้รับผิดชอบโครงการมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินโครงการ	4.46	0.702	มาก
6. บุคลากรในการดำเนินโครงการมีจำนวนเพียงพอ	4.38	0.609	มาก
7. บุคลากรในการดำเนินโครงการมีความเหมาะสม	4.26	0.662	มาก
8. งบประมาณในการดำเนินโครงการเป็นไปตามระเบียบ	4.38	0.652	มาก
9. วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินโครงการเป็นไปตามระเบียบ	4.15	0.615	มาก
รวม	4.40	0.587	มาก



ด้านกระบวนการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.43$, S.D. = 0.566) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีการประเมินผลการจัดกิจกรรม ($\bar{X} = 4.53$, S.D. = 0.615) มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา มีการกำหนดหลักเกณฑ์และระยะเวลาในการประเมินผลโครงการตามความเหมาะสม ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.564) และมีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบแก่บุคลากรในการดำเนินโครงการ ($\bar{X} = 4.44$, S.D. = 0.613) ส่วนที่มีการกำหนดขั้นตอน รายละเอียด และวิธีดำเนินโครงการ อย่างชัดเจนและเหมาะสม ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = 0.666) มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากแต่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินความก้าวหน้าโครงการ ด้านกระบวนการดำเนินงาน

ด้านกระบวนการดำเนินงาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. มีการวางแผนการดำเนินโครงการสู่การปฏิบัติ	4.35	0.646	มาก
2. มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบแก่บุคลากรในการดำเนินโครงการ	4.44	0.613	มาก
3. มีการให้ความรู้ ประชุมชี้แจง สื่อสารประชาสัมพันธ์ผู้รับผิดชอบและผู้เกี่ยวข้องเข้าใจขั้นตอนและวิธีดำเนินการ	4.41	0.657	มาก
4. มีการกำหนดขั้นตอน รายละเอียดและวิธีดำเนินโครงการอย่างชัดเจนและเหมาะสม	4.26	0.666	มาก
5. ดำเนินกิจกรรมโครงการตามแผนและขั้นตอนการดำเนินการที่กำหนดไว้ในโครงการ	4.35	0.597	มาก
6. มีการนิเทศ กำกับ ติดตามและควบคุมการดำเนินงาน ตามโครงการ	4.35	0.544	มาก
7. ขณะดำเนินงานตามโครงการมีการแก้ไขปรับปรุงวิธีการ ดำเนินโครงการเมื่อพบว่าบกพร่อง	4.29	0.676	มาก
8. การใช้วัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินโครงการเป็นไปอย่างเหมาะสม	4.32	0.684	มาก
9. การใช้งบประมาณในการดำเนินโครงการเป็นไปอย่างเหมาะสม	4.35	0.646	มาก
10. มีการประเมินผลการจัดกิจกรรม	4.53	0.615	มากที่สุด
11. มีการกำหนดหลักเกณฑ์และระยะเวลาในการประเมินผลโครงการตามความเหมาะสม	4.50	0.564	มาก
รวม	4.43	0.566	มาก



ด้านผลผลิต ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.529) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า นำผลการประเมินความก้าวหน้าของโครงการไปใช้ในการดำเนินโครงการต่อไป ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.646) มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างดำเนินกิจกรรม ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.604) และนำผลการประเมินความก้าวหน้าของโครงการไปใช้ในการดำเนินโครงการต่อไป ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 0.646) ส่วนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อบกพร่องระหว่างการดำเนินโครงการ ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.589) มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากแต่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินความก้าวหน้าโครงการ ด้านผลผลิต

ด้านผลผลิต	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการประเมินโครงการ	4.37	0.563	มาก
2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อบกพร่องระหว่างการดำเนินโครงการ	4.32	0.589	มาก
3. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างดำเนินกิจกรรม	4.38	0.604	มาก
4. นำผลการประเมินความก้าวหน้าของโครงการไปใช้ในการดำเนินโครงการต่อไป	4.45	0.646	มาก
รวม	4.41	0.529	มาก

สรุปผลการวิจัย

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ CIPP MODEL ภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านบริบทโครงการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาด้านกระบวนการดำเนินงานด้านผลผลิต และด้านปัจจัยนำเข้า

อภิปรายผลการวิจัย

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินความก้าวหน้าโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา สามารถอภิปรายผลเป็นด้านๆ ได้ ดังนี้



1. ด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อมมีความเหมาะสมของรูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินความก้าวหน้าโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา มากที่สุด และพบว่า โครงการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ประเด็นโครงการมีความเหมาะสมและมีความจำเป็นในการแก้ปัญหาที่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ แยมละมัย และสุณี หงส์วิเศษ ทำการศึกษาการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยใช้รูปแบบ CIPP MODEL ความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด⁽⁷⁾ นอกจากนี้ ผลการประเมินผลด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อมมีความเหมาะสมในระดับมาก ผู้รับผิดชอบโครงการสามารถใช้รูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินความก้าวหน้าโครงการได้ เพื่อตรวจสอบการดำเนินโครงการว่ามีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ได้สอดคล้องกับปัญหาที่ประสบอยู่ในขณะนี้หรือไม่ ซึ่งโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ได้ดำเนินโครงการโดยวัตถุประสงค์ของโครงการมีความสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้านอยู่แล้ว

2. ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า โครงการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ประเด็นกิจกรรมในโครงการมีความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ประเด็นวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินโครงการเป็นไปตามระเบียบยังมีความเหมาะสมน้อยกว่าประเด็นอื่น แต่ยังอยู่ในระดับความสำคัญมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวดี รางชัยกุล วินุญศิริ กล่าวว่า การกำหนดโครงสร้าง สมรรถนะและแนวทางดำเนินกิจกรรมของโครงการมีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับบุคคล งบประมาณ สิ่งอำนวยความสะดวกและการบริการต่างๆ ของโครงการเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์⁽³⁾

3. ด้านกระบวนการ พบว่า โครงการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ แยมละมัย และ สุณี หงส์วิเศษ ด้านกระบวนการทุกประเด็นอยู่ในระดับมาก โดยประเด็นมีการประเมินผลการจัดกิจกรรมอยู่ในระดับความเหมาะสมมากที่สุด⁽⁷⁾ การประเมินโครงการอย่างมีระบบมีส่วนช่วยให้ผู้จัดทำโครงการได้ตระหนักถึงคุณภาพของโครงการที่กำหนดขึ้นสามารถตัดสินใจในการดำเนินการ การปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงโครงการให้มีความถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้โครงการนั้นดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพบรรลุถึงเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ สมบูรณ์ และคณะ กล่าวว่า การดำเนินงานโครงการเพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาปรับปรุงการดำเนินงานหรือการประเมินความก้าวหน้าโครงการและดำเนินงานโครงการให้เป็นไปด้วยความต่อเนื่องก่อนที่โครงการจะสิ้นสุดลงซึ่งเมื่อมีการประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการจะทำให้ผลการดำเนินงานโครงการบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด



เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานโครงการได้⁽⁵⁾ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติปี พ.ศ. 2554-2558 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน ควรร่วมวิเคราะห์การใช้กลยุทธ์จากผลการดำเนินงานโครงการที่ผ่านมา แล้วรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง หาทางแก้ไขบูรณาการแผนงานลดความซ้ำซ้อน จัดทำแผนเป็นลักษณะเปิดกว้าง สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของกระบวนการทำงานและการจัดสรรงบประมาณและสามารถนำแผนสู่การปฏิบัติงานได้อย่างแท้จริง⁽⁹⁾

4. ด้านผลผลิต โครงการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยประเด็นนำผลการประเมินความก้าวหน้าของโครงการไปใช้ในการดำเนินโครงการต่อไปมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด หากมีการติดตามการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพย่อมทำให้ทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริง การวางแผนสามารถทำได้ตรงตามเป้าหมายหรือสามารถปรับปรุงแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมมากขึ้น วงจรครบแผนสมบูรณ์สามารถเป็นเครื่องมือในการบริการโครงการได้⁽¹⁰⁾ การประเมินสามารถตัดสินใจโครงการได้อย่างยุติธรรมชัดเจน ผลการปฏิบัติงานก่อเกิดความเข้าใจสิ่งที่ประเมินได้ตรงตามจริง เป็นการประเมินที่มุ่งหวังนำผลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปรับปรุงโครงการต่อไป⁽³⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล ได้ศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมาก เรื่องการนำความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการไปใช้ดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพ⁽¹¹⁾

การประเมินโครงการโดยใช้รูปแบบ CIPP MODEL ในการประเมินความก้าวหน้าโครงการเป็นการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูล เพื่อช่วยให้ผู้บริหารตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง โดยการประเมินบริบทโครงการว่า โครงการมีความเหมาะสมและมีความจำเป็นในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นหรือไม่ เป็นการตรวจสอบว่า โครงการดำเนินการตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การประเมินปัจจัยนำเข้าโดยกิจกรรมในโครงการมีความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เป็นการตรวจสอบถึงทรัพยากรที่มีอยู่สามารถให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ ซึ่งการประเมินปัจจัยนำเข้าจึงเป็นการประเมินถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการได้⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมวัสดุอุปกรณ์ ความเหมาะสมของสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ใช้ในการดำเนินโครงการเพื่อประสบความสำเร็จซึ่งเกี่ยวข้องกับงบประมาณ การวางแผนงาน การเลือกกิจกรรม
2. ควรมีการวิจัยและติดตามผลการใช้รูปแบบ CIPP MODEL เพื่อการพัฒนารูปแบบในการประเมินความก้าวหน้าโครงการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่นำไปใช้ต่อ



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรค้นหาแนวทางในการพัฒนาหรือการแก้ไขปัญหาในรายละเอียดของเกณฑ์การประเมินโดยใช้การพัฒนาวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพ
2. ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้มีระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นไปอย่างทั่วถึง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรทุกท่านทั้งในและนอกโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ได้เอื้อทั้งความรู้ และข้อมูลที่เป็นผลให้งานวิจัยในครั้งนี้ได้ประสบผลสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลพุทธโสธร. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพุทธโสธร 2566-2567 ฉบับทบทวนปีงบประมาณ 2567. ฉะเชิงเทรา: กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลพุทธโสธร; 2567.
3. เขียวดี รามชัยกุล วิบูลย์ศรี. การประเมินโครงการ : แนวคิดและแนวปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
4. Scriven, M. The Methodology of Evaluation. AERA Monograph Series in Curriculum Evaluation. Chicago: Rand McNally; 1967.
5. พัทธินันท์ สมบูรณ์, พรทิพย์ ไชยโส และกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. การพัฒนารูปแบบการประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการภายใต้แผนงานสร้างสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. วารสารวิจัยทางการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2556; 7(2): 166-183.
6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
7. ณัฐวรรณ แยมละมัย และ สุณี หงส์วิเศษ. การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม 2561; 8(3): 17-25.
8. ตำราญ มีแจ้ง. การประเมินโครงการทางการศึกษา : ทฤษฎีและปฏิบัติ. พิษณุโลก: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2558.



9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี 2554-2558. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2554.
10. สาคร สุขศรีวงศ์. การจัดการจากมุมมองนักบริหาร. กรุงเทพฯ: จี พี ไซเบอร์พริ้นท์; 2550.
11. ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. การประเมินผลโครงการ การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2556; 19(2): 31-45.
12. พรชนก ฌรงรัมย์. การใช้แบบจำลอง CIPP ในการประเมินการรับเบี่ยงชีพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเทศบาลนันทบุรี. [วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงาน ในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี

FACTORS ASSOCIATED TO KRATOM CONSUMPTION BEHAVIOR AMONG WORK-FORCE AGE IN TALAADTHAI, PATHUM THANI PROVINCE

อัษฎาวุธ โยธาสุภาพ^{1*}, แก้วกาญจนา บุญมาสี²,
ศิริรัตน์ คำเนียม², วรฐภรณ์ พอขุนทด²

Aussadawut Yothasupap^{1*}, Keawkanjana Bunmasesai²,
Sirirat Khanniam², Waratthaporn Porkhuntut²

Received: April 23, 2024

Revised: July 03, 2024

Accepted: July 08, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
พฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี
กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานอายุ 20-59 ปี ในพื้นที่ตลาดไท จำนวนตัวอย่างจากสูตรของ Daniel จำนวน
276 คนโดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ทำการเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.9 มีความรู้เกี่ยวกับ
พืชกระท่อม ทักษะคิดเกี่ยวกับพืชกระท่อม และพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมอยู่ในระดับปานกลาง
ร้อยละ 61.2, 74.3, 59.4 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของ
ประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับ
พืชกระท่อม ทักษะคิดเกี่ยวกับพืชกระท่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ สรุปผลการศึกษา ควรการดำเนินการเพื่อลด
พฤติกรรมการใช้พืชกระท่อม ควรมุ่งเน้นกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม
โดยเฉพาะด้านผลกระทบ ด้านกฎหมาย และสร้างทัศนคติต่อพืชกระท่อมในกลุ่มวัยแรงงาน เพื่อให้
วัยแรงงานลดการใช้พืชกระท่อมหรือไม่นำไปสู่การนำไปใช้ในทางที่ผิด

คำสำคัญ: พืชกระท่อม, พฤติกรรมการบริโภค, วัยแรงงาน

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage Pathum Thani Province

² นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

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

*Corresponding author E-mail: aussadawut.yo@vru.ac.th



Abstract

This research study is a cross-sectional analytical study aimed at study the factors associated to kratom consumption behavior among the work-force in TalaadThai, Pathum Thani Province. The study sample consisted of 276 workers aged 20-59 years from the TalaadThai area, calculated using Daniel's formula and selected through stratified random sampling. Data were collected using a questionnaire and analyzed with descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Inferential statistics included Eta coefficient, Pearson's Correlation coefficient, and multiple linear regression.

The results showed that the majority of the sample was male (77.9%). Most participants had a moderate level of knowledge about kratom (61.2%), a moderate attitude towards kratom (74.3%), and moderate kratom consumption behavior (59.4%). The factors significantly associated with kratom consumption behavior included sex, disease, knowledge about kratom, and attitude towards kratom. The findings of this study can inform actions to reduce risky behavior related to kratom use. Efforts should focus on enhancing knowledge about kratom, particularly regarding its effects and legal aspects, as well as shaping attitudes towards kratom among the working-age group. This approach will help reduce kratom usage or prevent its misuse among this demographic.

Keywords: Kratom, consumption behavior, work-force



บทนำ

กระท่อมเป็นพืชยืนต้นขนาดกลาง พบได้ในหลายประเทศเขตร้อนแถบเอเชียใต้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศมาเลเซีย อินโดนีเซีย และประเทศไทย⁽¹⁾ กระท่อมมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ คือ *Mitragyna speciosa* เป็นพืชในตระกูล Rubiaceae กระท่อมมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปตามพื้นที่ในประเทศไทยเรียกท่อม ใบกระท่อม กระท่อม⁽²⁾ กระท่อมพบได้มากในภาคกลาง และภาคใต้ของประเทศไทย โดยกระท่อมมีสารสำคัญที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพเป็นสาร Alkaloids มีสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ 2 ชนิด ได้แก่ Mitragynine และ 7-hydroxymitragynine จึงทำให้กระท่อมจะออกฤทธิ์คล้าย Opioid-like effect⁽³⁾ ซึ่งออกฤทธิ์บรรเทาอาการปวด ง่วงซึม รู้สึกเคลิ้มสุขโดยเฉพาะ 7-hydroxymitragynine พบว่า มีฤทธิ์ระงับปวดคล้ายกับมอร์ฟินแต่มีฤทธิ์อ่อนกว่ามอร์ฟิน นอกจากนี้ ผลการศึกษาในสัตว์ทดลอง พบว่า สารในกระท่อมมีฤทธิ์รักษาอาการท้องเสีย ด้านการอักเสบ ด้านอนุมูลอิสระ รักษาการซึมเศร้าและคลายกล้ามเนื้อ⁽⁴⁾ กระท่อมจัดเป็นสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ต่อมาในวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2564 กระท่อมได้ถูกถอดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5 ส่งผลให้ประชาชนสามารถปลูกและบริโภคกระท่อมตามวิถีชาวบ้านได้อย่างเสรี รวมทั้งซื้อขายใบกระท่อมโดยไม่ผิดกฎหมาย แต่หากนำไปผสมกับสารเสพติดประเภทอื่นๆ หรือที่เรียกว่า สักุนร้อย ยังถือว่าเป็นความผิดตามกฎหมาย⁽⁵⁾ ในวันที่ 23 สิงหาคม 2565 ได้มีการออกพระราชบัญญัติพืชกระท่อมซึ่ง ห้ามขายให้กับผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ ซึ่งเป็นเยาวชนรวมถึงสตรีมีครรภ์ และกำหนดสถานที่ห้ามขายในสถานศึกษาและวัด การทำผลิตภัณฑ์ขออนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น⁽⁶⁾ จากการรายงานการใช้สารเสพติด ปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีรายงานการใช้กระท่อม 31.91 ต่อประชากร 1,000 คน โดยพบว่า ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาผู้ใช้กระท่อมส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร (34.47 ต่อประชากร 1,000 คน) รองลงมาภาคใต้ (21.4 ต่อประชากร 1,000 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีการใช้กระท่อมมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วน 4.57:1 กลุ่มอายุที่ใช้มากที่สุด คือ 45-65 ปี (15.11 ต่อประชากร 1,000 คน)⁽⁷⁾ และจากการสำรวจสถานการณ์สารเสพติดในช่วงที่มีการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 พบการใช้สารเสพติดในชุมชนส่วนใหญ่คือน้ำต้มใบกระท่อมผสมกับสารอื่น ร้อยละ 55.6 รองลงมา คือ ยาบ้า ร้อยละ 52.6 และใบกระท่อมแบบเดี่ยวสด ร้อยละ 49.6 ตามลำดับ⁽⁸⁾ ปทุมธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการใช้กระท่อมอย่างแพร่หลาย โดยพบการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้กระท่อมของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านกระแซง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ความชุกของการใช้พืชกระท่อมร้อยละ 23.2 อายุที่เริ่มใช้ครั้งแรก คือ ช่วงอายุ 18-20 ปี ร้อยละ 51.3 ส่วนใหญ่ใช้ใบสดต้มน้ำกิน ร้อยละ 63.1 รองลงมา คือ กินใบสด ร้อยละ 31.3 ความถี่ในการใช้พืชกระท่อม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 31.3 ปริมาณที่ต้มน้ำดื่มต่อครั้งส่วนใหญ่ 3-4 แก้ว ร้อยละ 44.5 เกี้ยวใบกระท่อมต่อครั้งส่วนใหญ่ 1-5 ใบ ร้อยละ 61.2⁽⁹⁾

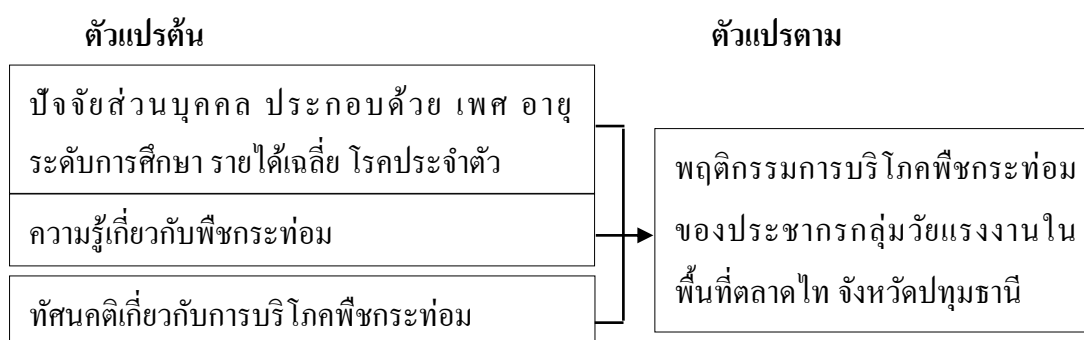


จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า วัยแรงงานมีโอกาสที่บริโภคพืชกระท่อม เนื่องจากจะช่วยให้สามารถทำงานได้นาน และทนต่อความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น รายงานการใช้กระท่อมในประเทศไทย และประเทศมาเลเซีย พบว่า ผู้ใช้กระท่อมส่วนใหญ่ใช้เพื่อให้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ทำให้ทนต่อความร้อนในกลุ่มแรงงานที่ต้องทำงานกลางแจ้ง⁽¹⁰⁾ ปัจจุบันมีการใช้กระท่อมอย่างแพร่หลาย และมีโอกาสนำกระท่อมไปใช้ในทางที่ผิดตามมา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ประชาชนยังขาดความรู้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นในการตัดสินใจใช้พืชกระท่อมที่ถูกต้อง หากมีการใช้พืชกระท่อมเป็นระยะเวลานาน และจำนวนมากติดต่อกันอาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท ทั้งยังพบว่าในพื้นที่ดังกล่าวบริโภคพืชกระท่อมอย่างแพร่หลาย เพื่อป้องกันการเกิดการเสพติด และปัญหาสุขภาพในอนาคต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปวางแผนแนวทางในการแก้ไขปัญหา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคพืชกระท่อม และพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แรงงานอายุ 20-59 ปี ในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี จำนวน 1,796 คน โดยการคำนวณจากสูตรของแดเนียล (Daniel, 1995)⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2\alpha/2P(1-P)}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N = จำนวนประชากรเป้าหมาย = 1,796 คน $Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติเท่ากับ 1.96 P = ค่าสัดส่วนความชุกของการใช้พีชกระท่อมของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านกระแซง จังหวัดปทุมธานี เท่ากับ ร้อยละ 23.2⁽⁹⁾ และ d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 แทนค่า

$$n = \frac{1796 \times 1.96^2 \times 0.23 \times (1-0.23)}{((1796-1)0.05^2) + (1.96^2 \times 0.23(1-0.23))}$$

n = 261.95 หรือประมาณ 262 คน

เพื่อป้องกันปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด ผู้วิจัยจึงคำนวณตัวอย่างเพิ่ม 5% ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มวัยแรงงานที่บริโภคพีชกระท่อมในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี จำนวน 276 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) วัยแรงงานที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี อย่างน้อย 6 เดือน 2) เป็นกลุ่มวัยแรงงานที่ใช้พีชกระท่อมอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป 3) อ่านออก เขียนภาษาไทยได้ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา แต่ต่อมาเกิดความรู้สึกไม่ดีหรือไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถามขอไม่ร่วมการศึกษาต่อในครั้งนี 2) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพจิต ข้อจำกัดด้านกายภาพ เป็นต้น

การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มตัวแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional Allocation) มีขั้นตอน ดังนี้ 1) การคำนวณสัดส่วนจำแนกตามพื้นที่ตลาด 2) การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snow ball sampling) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชาชนและกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ของตลาดไท จังหวัดปทุมธานี

พื้นที่	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ตลาดลานผัก	1,194	184
ตลาดปลาอาหารทะเล	402	62



พื้นที่	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ตลาดพืชไร่	60	9
ตลาดผลไม้	141	21
รวม	1,796	276

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามโดยประยุกต์ใช้แนวข้อคำถามจากการทบทวนปัญหา แนวคิดทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย 5 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ศาสนา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 รูปแบบการบริโภคพืชกระท่อม จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ประกอบด้วย ระยะเวลาการใช้พืชกระท่อม รูปแบบการใช้พืชกระท่อม การใช้พืชกระท่อมร่วมกับสิ่งอื่น

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามให้เลือกตอบ คือ ถูก ผิด ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ตอบ ถูก ได้ 1 คะแนน ตอบ ผิด ได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom,1971)⁽¹²⁾ โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้ ระดับความรู้สูงได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลางได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60.01-79.99 และระดับความรู้ต่ำได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00

ส่วนที่ 4 ทักษะการเกี่ยวกับพืชกระท่อม จำนวน 20 ข้อ ซึ่งลักษณะการตอบ แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น คำถามเชิงบวก เห็นด้วยให้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบ เห็นด้วยให้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 3 คะแนน เกณฑ์สำหรับการวัดโดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยเป็นตัวชี้วัด การแปลผลคะแนนจะพิจารณาจากเกณฑ์ของเบส (Best,1977)⁽¹³⁾ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ทักษะอยู่ในระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ทักษะอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งลักษณะการตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น คำถามเชิงบวก ปฏิบัติเป็นประจำให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบ ปฏิบัติเป็นประจำให้ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 3 คะแนน เกณฑ์สำหรับการวัดโดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยเป็นตัวชี้วัด การแปลผลคะแนนจะพิจารณาจากเกณฑ์ของเบส (Best, 1977)⁽¹³⁾ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00



หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นจากนั้นเรียบเรียงแล้วทำการตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย ความถูกต้อง และความเหมาะสมในการใช้ภาษา พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.89

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดสอบใช้ (Try out) โดยเก็บข้อมูลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาทดสอบความเชื่อมั่น แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพิษกระท่อม โดยใช้วิธี KR-20 พบว่า ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 การหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรหาค่า Cronbach's Alpha coefficient พบว่า แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับพิษกระท่อมค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคพิษกระท่อมค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 รวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติอนุมาน (Inferential statistic) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพิษกระท่อม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta) กรณีตัวแปรต้นเป็นตัวแปรประเภท Nominal scale หรือ Ordinal scale และใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กรณีตัวแปรต้นเป็นตัวแปรประเภท Interval scale หรือ Ratio scale จากนั้นนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพิษกระท่อมโดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ COA No. 0032/2566 (REC No. 0032/2566) เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินวิจัย โดยพิทักษ์สิทธิด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิออกจากวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 77.9 อายุระหว่าง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.2 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.0 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 90.2 ตามลำดับ รูปแบบการบริโภคพืชกระท่อม พบว่า ระยะเวลาการใช้พืชกระท่อมส่วนใหญ่ใช้น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาใช้ 3 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.4 รูปแบบการบริโภคส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบน้ำดื่มใบกระท่อม คิดเป็นร้อยละ 84.4 รองลงมาบริโภคในรูปแบบเคี้ยวใบกระท่อมสด คิดเป็นร้อยละ 53.6 โดยส่วนใหญ่บริโภคน้ำดื่มใบกระท่อม 7 แก้วขึ้นไปต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมาใช้ 1-3 แก้วต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 23.6 ส่วนใหญ่ใช้เคี้ยวใบกระท่อมสด 1-10 ใบต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 40.6 รองลงมาใช้ 11-20 ใบต่อวันคิดเป็นร้อยละ 12.7 ส่วนใหญ่ใช้ใบกระท่อมร่วมกับสิ่งอื่น คิดเป็นร้อยละ 59.8 โดยส่วนใหญ่ใช้ผสมกับน้ำอัดลม คิดเป็นร้อยละ 34.4 รองลงมาใช้ผสมกับชา คิดเป็นร้อยละ 26.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 61.2 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 74.3 และพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.4 ดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี พบว่า เพศ โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม ทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม ทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม และพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี (n=276)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม (Mean = 9.81, S.D. = 1.72, Min = 6, Max = 14)		
ต่ำ	60	21.7
ปานกลาง	169	61.2
สูง	47	17.0
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม (Mean = 2.13, S.D. = 0.26, Min = 1.15, Max = 2.90)		
ไม่ดี	18	6.5
ปานกลาง	205	74.3
สูง	53	19.2



ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อม (Mean = 2.19, S.D. =0.31, Min = 1.40, Max = 2.80)		
ต่ำ	24	8.7
ปานกลาง	164	59.4
ดี	88	31.9

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อม	
	Correlation coefficient	p-value
เพศ	0.291 ¹	0.003*
อายุ	-0.022 ²	0.714
ระดับการศึกษา	0.329 ¹	0.138
รายได้	0.034 ²	0.575
โรคประจำตัว	0.290 ¹	0.016*
ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม	0.315 ²	<0.001*
ทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม	0.301 ²	<0.001*

¹ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta ²ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson correlation coefficient (r) * ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า 1) ตัวแปรอยู่ในระดับ Nominal scale หรือ Ordinal scale (เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว) แปลงเป็นตัวแปร Dummy variable 2) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง 3) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน โดยทดสอบ Variance Inflation Factors โดยใช้สถิติ Collinearity diagnostic พบว่า ค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าระหว่าง 0.584-0.953 (ไม่เกิน 1) และค่า VTF ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่า < 10 ดังนั้น จึงสรุปได้ ว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีระดับความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน 4) ทดสอบการแจกแจงแบบปกติโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test โดย พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น



ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี

ตัวแปร	b	Beta	t	p-value
เพศ(X_1)	0.014	0.044	0.324	0.747
โรคประจำตัว(X_2)	-0.001	0.061	-0.021	0.983
ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม(X_3)	0.043	0.012	3.763	< 0.001
ทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม(X_4)	0.254	0.076	3.344	0.001
Constant (a)=1.206 $R^2=0.136$	Adjusted $R^2=0.123$	F=10.670	p-value < 0.001	

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณมีอำนาจการทำนาย (R^2) 0.136 ซึ่งหมายความว่า สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมได้ ร้อยละ 13.6 จากการเข้าสมการ พบว่าความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม (X_3) และทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม (X_4) มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อม (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม ทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม และมีพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.2, 74.3, 59.4 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงาน ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม ทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.2 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานซึ่งมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. อาจทำให้การศึกษาความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมได้ค่อนข้างน้อย ทั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับพืชกระท่อมค่อนข้างน้อย อาจเนื่องมาจากกฎหมายด้านพืชกระท่อมค่อนข้างที่จะใหม่ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยังขาดความเข้าใจในกฎหมายนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมาลย์ น้อยผา และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมในการดูแลตนเองของประชาชนในพื้นที่อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการใช้



กระท่อมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.5⁽¹⁴⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รดาธร อัญภัทรถาวร และพิพัฒน์ นนทนาธรณ์ (2565) ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติต่อการใช้กระท่อมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกระท่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.87⁽¹⁵⁾

ทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 74.3 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางทำให้มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เช่น พืชกระท่อมสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ หรือพืชกระท่อมช่วยในการนอนหลับได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมาลย์ น้อยผา และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมในการดูแลตนเองของประชาชนในพื้นที่อำเภอชนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ทัศนคติต่อการใช้กระท่อมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.8⁽¹⁴⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ปณณทัต ดันธนปัญญากร และคณะ (2566) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชกระท่อม ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านกระแซง จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการใช้กระท่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.0⁽⁹⁾

พฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.4 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้พืชกระท่อมน้อยกว่า 1 ปี รูปแบบการใช้ส่วนใหญ่แบบน้ำต้มใบกระท่อม และกลุ่มตัวอย่างจะระมัดระวังการบริโภคพืชกระท่อมจากบุคคลแปลกหน้าที่หยิบยื่นสิ่งของให้ และคิดว่าการบริโภคพืชกระท่อมเป็นเรื่องปกติของในกลุ่มวัยแรงงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมาลย์ น้อยผา และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมในการดูแลตนเองของประชาชนในพื้นที่อำเภอชนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า พฤติกรรมการใช้กระท่อมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.4⁽¹⁴⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รดาธร อัญภัทรถาวร และพิพัฒน์ นนทนาธรณ์ (2565) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติต่อการใช้พืชกระท่อมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติด้านการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง แต่การปฏิบัติด้านการรักษาอยู่ในระดับมาก⁽¹⁵⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชากรกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี พบว่า เพศ โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม ทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ เมื่อเข้าสมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม และทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ซึ่งอภิปรายผล ดังนี้



ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ เมื่อเข้าสมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณพบว่า เพศและโรคประจำตัว ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยา ซึ่งอภิปรายได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยา อาจเนื่องมาจาก เพศและโรคประจำตัวทำให้เกิดความแตกต่างความแตกต่างทางด้านการคิด ทักษะคิด ค่านิยม ของแต่ละบุคคลส่งผลให้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยา สอดคล้องกับการศึกษาของ รดาธร อัญญัทรถาวร และพิพัฒน์ นนทนาธรณ์ (2565) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติต่อการใช้เข็มฉีดยาของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05^{(15)}$ ซึ่งไม่ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นนัท ดันธนปัญญากร และคณะ (2566) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้เข็มฉีดยา ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านกระแซง จังหวัดปทุมธานี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อการใช้เข็มฉีดยาของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านกระแซง จังหวัดปทุมธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ทั้งการวิเคราะห์แบบ bivariate และ Multivariate⁽⁹⁾

ความรู้เกี่ยวกับเข็มฉีดยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยา อาจเนื่องมาจาก ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่จบการศึกษาเพียงมัธยมตอนต้น ขาดการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับเข็มฉีดยา โดยส่วนใหญ่แรงงานมีความรู้เกี่ยวกับเข็มฉีดยาระดับปานกลาง ทำให้พฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาอยู่ในระดับปานกลางด้วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) (Schwartz, 1975) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอ ก็จะส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีและส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง⁽¹⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กุศลมาลย์ น้อยผา และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาในการดูแลตนเองของประชาชนในพื้นที่อำเภอหนอง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้เข็มฉีดยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาในการดูแลสุขภาพตนเอง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นนัท ดันธนปัญญากร และคณะ (2566) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้เข็มฉีดยา ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านกระแซง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเข็มฉีดยามีความสัมพันธ์ต่อการใช้เข็มฉีดยาของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านกระแซง จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05^{(9)}$

ทัศนคติเกี่ยวกับเข็มฉีดยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับเข็มฉีดยาอยู่ในระดับปานกลางซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยา เพราะทัศนคติเกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลคิดรู้สึก และต้องการที่จะกระทำบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี KAP (Schwartz, 1975) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้



ที่ถูกต้องและเพียงพอ ก็จะส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดี และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง⁽¹⁶⁾ อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมที่ถูกต้อง จะส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อการใช้พืชกระท่อม และส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปันณทัต ดันธนปัญญากร และคณะ (2566) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชกระท่อมของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านกระแซง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม ทัศนคติต่อการใช้พืชกระท่อม มีความสัมพันธ์กับการใช้กระท่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05^{(9)}$ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รดาธร อัญญัทรถาวร และพิพัฒน์ นนทนารณณ์ (2565) ที่ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อการใช้กระท่อมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ทัศนคติด้านความรู้ และทัศนคติด้านการแพทย์ส่งผลต่อการปฏิบัติที่มีต่อการใช้กระท่อม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05^{(15)}$

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยไปออกแบบกิจกรรมในการปรับเปลี่ยน หรือลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้พืชกระท่อมในกลุ่มวัยแรงงาน โดยเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม และการสร้างทัศนคติต่อการใช้พืชกระท่อม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากเป็นกลุ่มวัยที่เสี่ยงต่อการใช้ในทางที่ผิด
2. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อม เนื่องจากพืชกระท่อมเปิดให้ใช้อย่างเสรี ส่งผลให้ทุกกลุ่มวัยเข้าถึงพืชกระท่อมได้ง่ายขึ้น จึงควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อมเพื่อส่งเสริมประชาชนเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ เกี่ยวกับประโยชน์ โทษ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้กระท่อม และสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้
3. ควรมีการศึกษาแบบกึ่งทดลองโดยการออกแบบโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม ทัศนคติต่อการใช้พืชกระท่อม และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้พืชกระท่อม

เอกสารอ้างอิง

1. Singh D, Narayanan S, Vicknasingam B. Traditional and non-traditional uses of Mitragynine (Kratom): A survey of the literature. Brain Res Bull 2016; 126(Pt 1): 41-6.



2. Ulbricht C, Costa D, Dao J, Isaac R, LeBlanc YC, Rhoades J, et al. An Evidence-Based Systematic Review of Kratom (*Mitragyna speciosa*) by the Natural Standard Research Collaboration. *Journal of Dietary Supplements* 2013; 10(2): 152-70.
3. Kruegel AC, Gassaway MM, Kapoor A, Váradi A, Majumdar S, Filizola M, et al. Synthetic and Receptor Signaling Explorations of the *Mitragyna* Alkaloids: Mitragynine as an Atypical Molecular Framework for Opioid Receptor Modulators. *J Am Chem Soc* 2016; 138(21): 6754-64.
4. Kumarnsit E, Keawpradub N, Nuankaew W. Acute and long-term effects of alkaloid extract of *Mitragyna speciosa* on food and water intake and body weight in rats. *Fitoterapia* 2006; 77(5): 339-45.
5. พระราชบัญญัติพืชกระท่อม 2565. ราชกิจจานุเบกษา. 2565; 139(52 ก): 1-14.
6. Panyaphu D, Namkeard S, Inchai W, Yossathera K. Kratom: Herbal Medicine or Narcotic Drug. *Journal of Traditional & Alternative Medicine* 2016; 14: 15.
7. Manop Kanato, Kanittha Thaikla, Sawitri Assanangkornchai, Chitlada Areesantichai, Sayamol Charoenratana, Poonrut Leyatikul, et al. Report on the results of a household survey to estimate the population of drug users in Thailand in 2019. 2019.
8. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ข้อเท็จจริงและตัวเลข: สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี 2560-2563= Facts and figures : illegal substances in Thailand 2017-2020; 2563.
9. ปิ่นนัตถ์ ดันธนปัญญกร, ทศนพรพรณ เวชศาสตร์, นลพรพรณ ชันติกุลานนท์ และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชกระท่อม ของประชาชนอายุ 18 ปี ในชุมชนบ้านกระแซงจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาวลัยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์* 2566; 18(2): 45-59.
10. Hassan Z, Muzaimi M, Navaratnam V, Yusoff NH, Suhaimi FW, Vadivelu R, et al. From Kratom to mitragynine and its derivatives: physiological and behavioural effects related to use, abuse, and addiction. *Neurosci Biobehav Rev* 2013; 37(2): 138-51.
11. Daniel WW. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*: Wiley; 1978.
12. Bloom BS. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. 1971.
13. Best JW. *Research in Education*. 3rd. Engle Wood Cliff: NJ Prentice Hall. 1977.



14. กุสุมาลย์ น้อยผา, วิทวัส หมาคี่, สรายุทธ หวังเกตุ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมในการดูแลตนเองของประชาชนในพื้นที่อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารหมอยาไทยวิชัย 2565; 8(2).
15. รดาธร อัญภัทรถาวร และพิพัฒน์ นนทนารณ์ .(2565). ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อการใช้กระท่อมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมนักวิจัย; 27(2): 150-165.
16. Schwartz NE. Nutritional knowledge, attitudes, and practices of high school graduates. J Am Diet Assoc. 1975; 66(1): 28-31.



**การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข:
กรณีศึกษาเทศบาลเมืองชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์**

**PARTICIPATORY DEVELOPMENT OF THE POTENTIAL OF THE ELDERLY UNDER
HAPPINESS SCHOOL: A CASE STUDY OF CHUM HET MUNICIPALITY, MUEANG
DISTRICT, BURIRAM PROVINCE**

Received: May 14, 2024

Revised: July 03, 2024

Accepted: July 30, 2024

นิชาภัทร มณีพันธ์¹, ศรีนรินทร์ จันทพิมพ^{2*}, ณรงค์กร ชัยวงศ์¹

Nichaphat Maneephun¹, Sarinrut Juntapim^{2*}, Narongkorn Chaiwong¹

บทคัดย่อ

การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข ในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and development) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ และตัวแทนภาคีเครือข่าย 3 กลุ่ม ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพื้นฐาน และสถิติ T-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.05$

การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุทำให้เห็นภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และส่งเสริมพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะมิติด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงินและการสร้างอาชีพโดยชุมชนมีส่วนร่วมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การศึกษาศักยภาพผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุ, แบบมีส่วนร่วม, ภาวะพหุพลัง

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

Faculty of Nursing, Burerum Rajabhat University

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*Corresponding author E-mail: sariju@kku.ac.th



Abstract

Developing the potential of the elderly that covers all dimensions will affect the quality of life of the elderly. The objective of this research is to study the participatory development of the potential of the elderly under the Sang Suk School in Chum Het Municipality Buriram Province. It is research and development (Research and development), selecting a specific sample group. Consisting of the elderly and representatives of 3 network partners between June 2023 and September 2023, quantitative data were analyzed using basic statistics and T-test statistics. For qualitative data, content analysis was used.

The research results found that developing the potential of the elderly under Sang Sook School is after experimenting with the model for developing the potential of the elderly with participation. It was found that the average performance scores of the elderly in the experimental and control groups there is a statistical significant difference at the 0.05 level.

Developing the potential of the elderly reveals the power of the elderly in the community. Which relevant agencies can use as basic information in planning and promoting the development of work in the area of the elderly especially the dimension of creating financial stability and creating careers with community participation for the elderly group.

Keywords: Elderly potential, Elderly, Participatory type, Active aging



บทนำ

จากการที่มีจำนวนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ประเทศต้องมีรายจ่ายด้านสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ครอบครัวต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น⁽¹⁾ ขณะที่ผู้สูงอายุเองเมื่อมีอายุยืนยาวขึ้นก็ยิ่งต้องเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ รวมถึงความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ความพิการหรือทุพพลภาพ⁽²⁾ อีกทั้งสภาพทางสังคมของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีการพัฒนาสังคมเมืองไปสู่สังคมอุตสาหกรรมก่อให้เกิดความเป็นเมือง มีความทันสมัย และการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพิ่มขึ้น⁽³⁾ ส่งผลต่อการลดบทบาทและคุณค่าของผู้สูงอายุลง เนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีอำนาจในการควบคุมดูแลบุตรหลาน รวมถึงอำนาจความรับผิดชอบทางเศรษฐกิจและการเงิน ตลอดจนอำนาจในการตัดสินใจ นอกจากนี้ยังขาดการศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ ทำให้ทักษะความชำนาญต่างๆ ค่อยๆ ลดลง เมื่อการศึกษาและเทคโนโลยีสมัยใหม่ก้าวหน้าขึ้นมาก จึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะถูกลดบทบาทลงทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม⁽⁴⁻⁵⁾

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าว จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับประเทศไทยที่จะรับมือและพัฒนาให้ผู้สูงวัย ไม่ใช่แค่มองว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อยู่ในวัยพึ่งพิงแต่เพียงมิติเดียว หากแต่เราจะพัฒนาและดึงศักยภาพผู้สูงอายุมาเอื้อต่อการพัฒนาประเทศอย่างไร ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) พยายามเปลี่ยนมุมมองใหม่ว่า สังคมสูงวัยเป็นโอกาสไม่ใช่วิกฤต จึงเสนอแนวคิดพดพลัง (Active Aging) การมีศักยภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจสามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมได้ตามความต้องการและศักยภาพที่มีอยู่ คือ 1) การมีสุขภาพะที่ดี ได้แก่ สุขภาพกาย และสุขภาพจิต 2) มีส่วนร่วมทางสังคม ได้แก่ อาสาสมัคร/จิตอาสา ดูแลหลาน/ผู้ป่วย/คนพิการ มีส่วนร่วมทางการเมือง 3) ทำงานเชิงเศรษฐกิจ ได้แก่ การจ้างงาน 4) มีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ได้แก่ มีหลักประกันทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความปลอดภัยในชีวิต และการเรียนรู้ตลอดชีวิต⁽⁶⁾

กรอบแนวคิดพดพลังผู้สูงอายุ (Active Ageing) และการให้การสนับสนุนการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถเรียนรู้ได้จากประเทศที่เข้าสู่สถานการณ์ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ แล้วนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีกับผู้สูงอายุวางแผนชีวิตที่ดี มีการเตรียมพร้อมในด้านเศรษฐกิจด้านที่อยู่อาศัย ด้านสังคมด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ หรือเป็นผู้สูงอายุที่มีพดพลัง กล่าวคือ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตได้เหมาะสมกับวัย มีส่วนร่วมในสังคม ทำกิจกรรมต่างๆ เริ่มตั้งแต่การทำกิจกรรมที่ตนชอบในยามว่าง การทำกิจกรรมในองค์กรที่ตนเป็นสมาชิก มีความมั่นคงด้านรายได้ที่จะใช้จ่ายสนองความต้องการในชีวิตของตนเอง การมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับตนเอง โดยจะส่งผลดีทั้งในระดับจุลภาค คือ ไม่เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว และระดับมหภาค คือ ทำให้ลดงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ⁽⁷⁾



โรงเรียนสร้างสุขเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยเทศบาลชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ โดยดำเนินการภายใต้แนวคิดการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักยภาพ ควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้สังคม และส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สารการเรียนรู้จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตปัจจุบัน เพิ่มโอกาสในการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน ซึ่งการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยทุกภาคส่วน “ร่วมคิด ร่วมทำร่วมสร้าง” และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การจัดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความสุข เกิดทักษะในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการดำเนินงาน โครงการยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลชุมเห็ด พบว่า มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีภาวะพึ่งพิงรายได้จากบุตรหลาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ลดลง รวมทั้งที่ผ่านมามีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยยังไม่มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน มีเพียงการจัดตั้งชมรมรวมกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ถึงร้อยละ 90 สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นลักษณะการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือคนในครอบครัวมีทั้งที่เป็นบุตรหลานและผู้สูงอายุดูแลกันเอง ซึ่งยังขาดความรู้และศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ในศึกษารั้งนี้ต้องการศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ภายใต้โรงเรียนสร้างสุข เทศบาลตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเทศบาลเมืองชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนสร้างสุขของเทศบาลเมืองชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อตรวจสอบและยืนยันรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนสร้างสุขของเทศบาลเมืองชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์



4. เพื่อทดลองใช้ และประเมินผลลัพท์รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนสร้างสุขของเทศบาลเมืองชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดพัฒนาพลัง⁽⁷⁾ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ (Health) 2) การมีส่วนร่วม (Participation) 3) การมีหลักประกันและความมั่นคง (Security) ในรูปแบบของการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุขต่อดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กันยายน 2566 ณ ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษา สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ ระยะนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในบ้านโกรกจี่หนูเก่า บ้านโกรกจี่หนูใหม่ บ้านหนองไผ่ใหญ่ และบ้านหนองคาน้อย ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)⁽⁸⁾ จากขนาดประชากรทั้งหมดที่ใช้ศึกษา 1,100 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 258 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามสัดส่วนประชากร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการเก็บข้อมูลตามเลขอายุที่ตรงกับวันคู่และวันคี่ โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิง และเพศชาย 2) สามารถสื่อสารได้ตอบได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) แบบประเมินสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ 3) แบบประเมินภาวะพัฒนาพลัง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพสำหรับประชาชนไทย (active ageing scale for Thai people [AAS-Thai]) ของ Thana Kwang et al.(2014)⁽⁹⁾ ในการประเมินภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุซึ่งพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบพัฒนาพลังขององค์การอนามัยโลก วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุขในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ ระยะนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ตัวแทนภาคีเครือข่าย 3 กลุ่ม ในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 1) ตัวแทนจากเครือข่ายบริการชุมชน/ท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชนชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาชนชาวบ้าน ของเทศบาลเมืองชุมเห็ด จำนวน 20 คน 2) ตัวแทนจากเครือข่ายบริการสังคม ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน และพัฒนาชุมชน จำนวน 3 คน 3) ตัวแทนเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย คือ 1) มีประสบการณ์ในการทำงานหรือดูแลกลุ่มผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และ 2) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย จำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ การสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 3 เพื่อตรวจสอบและยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข ในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง และเป็นที่ยอมรับในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข จำนวน 5 คน โดยเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตการดูแลผู้สูงอายุและด้านการวิจัย

ระยะที่ 4 ทดลองใช้และประเมินผลลัพท์รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข ในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ ระยะนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิง ในเทศบาลเมืองชุมเห็ด อำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม 2) ไม่มีปัญหาการสื่อสารทั้งการพูดและการได้ยิน 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชหรือมีอาการทางสมอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน โดยมีการใช้แบบประเมินภาวะพลัดพรกของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง และใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำ 1) รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข 2) แบบประเมินสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 3) แบบประเมินภาวะพลัดพรก และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมี



ส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พิจารณาความสอดคล้องและความเหมาะสมของข้อคำถามเป็นรายข้อกับ นิยามเชิงปฏิบัติการ (Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.70 ทุกข้อ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตามวิธีของ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.94, 0.93, 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 4 นี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน เพื่อประเมิน ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการใช้รูปแบบการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ และสถิติ t-test ทดสอบ ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคะแนนภาวะพลุพลังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิจัย และเครื่องมือวิจัยไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เลขที่ 10/2566 มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนดำเนินการเก็บ ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และการขอถอนตัว การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ จะทำในลักษณะภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.50 เพศชาย ร้อยละ 46.50 มีอายุเฉลี่ย 68.87 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 76.74 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 74.40 อาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรหลาน ร้อยละ 92.60 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.90 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 27.00

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะพลุพลังของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 87.54$, $S.D. = 0.81$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มิติด้านการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวเพื่อมีผู้ดูแลยามชรา มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.54 ($S.D. = 0.51$) มิติด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงิน มีค่า คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 2.73 ($S.D. = 0.74$)

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ มีประเด็น ดังนี้คือ 1) ผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่ มีข้อจำกัด ในการสร้างรายได้ โดยต้องการให้ส่งเสริม การมีรายได้และสร้างอาชีพ 2) มีปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน



เป็นต้น และต้องการมีการส่งเสริมดูแลสุขภาพจากบริการภาครัฐ 3) ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีสภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่ปลอดภัยและมั่นคง และ 4) การได้รับการจัดสนับสนุนช่วยเหลือ ด้านสวัสดิการจากภาครัฐยังไม่เพียงพอ และทั่วถึง

2. การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนสร้างสุขของเทศบาลตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุดังนี้ คือ 1) การสร้างศรัทธาในพลังของผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมทางสังคมและวิชาชีพทางสังคม 3) กิจกรรมออกกำลังกาย คือ กายบริหาร 4) กิจกรรมการท่องเที่ยว 5) จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและปลอดภัย 6) ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต 7) หลากหลายวัยเข้าร่วมกิจกรรม 8) เพิ่มทักษะการสื่อสารและการใช้ชีวิตในยุคปัจจุบัน 9) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน และ 10) การส่งเสริมและการจัดสวัสดิการเพื่อให้มีรายได้

3. การตรวจสอบและยืนยันรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนสร้างสุขของเทศบาลตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 (S.D.= 0.50) เมื่อพิจารณา ด้านความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบ พบว่า มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.64, 4.63 และ 4.70

4. การทดลองใช้ และประเมินผลลัพธ์รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนสร้างสุขของเทศบาลตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผลลัพธ์ของการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05)

การประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเทศบาลตำบลชุมเห็ด โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 4.53 (S.D. = 0.75)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง การพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข (n = 60)

คะแนนเฉลี่ยภาวะพฤติกรรม	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	87.54	3.02	1.65	0.869
กลุ่มควบคุม	86.65	3.22		



คะแนนเฉลี่ยภาวะพหุพลัง	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	126.72	2.96	9.68	0.000*
กลุ่มควบคุม	86.69	3.42		

*p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. การพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยมีรูปแบบ ดังนี้ 1) การสร้างศรัทธาในพลังของผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมทางสังคม 3) กิจกรรมออกกำลังกาย 4) กิจกรรมการท่องเที่ยว 5) จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและปลอดภัย 6) ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต 7) หลากหลายวัยเข้าร่วมกิจกรรม 8) เพิ่มทักษะการสื่อสารและการใช้ชีวิตในยุคปัจจุบัน 9) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน และ 10) การส่งเสริมและการจัดสวัสดิการเพื่อให้มีรายได้

2. ผลลัพธ์ของการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข ในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลวิจัยครั้งนี้ นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษา สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า (1) ผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่ มีข้อจำกัด ในการสร้างรายได้ และอาชีพ มีปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (2) ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีสภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่ปลอดภัยและมั่นคง และ (3) การได้รับการจัดสนับสนุนช่วยเหลือด้านสวัสดิการจากภาครัฐ ยังไม่เพียงพอและทั่วถึง

ภาวะพหุพลังของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า มิติด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงินมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁰⁾ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในพื้นที่มีรายได้ไม่เพียงพอในการดำรงชีพ เพราะแหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และบุตรมากที่สุด และส่วนใหญ่ไม่ได้มีการวางแผนในการเตรียมความพร้อมด้านการเงินก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงิน ซึ่งรายได้มีความเกี่ยวข้องกับภาวะพหุพลัง กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายมีเงินเก็บออม เงินจากกองทุนต่างๆ



และการมีโอกาสดำเนินงานจะช่วยส่งเสริมภาวะพลุดพลังในผู้สูงอายุ ส่งผลต่อเรื่องภาวะโภชนาการที่อยู่อาศัยและการบริการสุขภาพได้⁽¹⁰⁻¹²⁾

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยแบบมีส่วนร่วมภายใต้โรงเรียนสร้างสุข พบว่า มีกิจกรรมดังนี้ 1) การสร้างศรัทธาในพลังของผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมทางสังคม 3) กิจกรรมออกกำลังกาย 4) กิจกรรมการท่องเที่ยว 5) จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและปลอดภัย 6) ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต 7) หลากหลายวัยเข้าร่วมกิจกรรม 8) เพิ่มทักษะการสื่อสารและการใช้ชีวิตในยุคปัจจุบัน 9) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน และ 10) การส่งเสริมและการจัดสวัสดิการเพื่อให้มีรายได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹³⁻¹⁷⁾ และอธิบายได้ว่ากิจกรรมภายใต้โรงเรียน สร้างสุขใช้แนวคิดการทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกศรัทธา และมีส่วนร่วมและนำไปสู่การพัฒนาตนเอง เกิดการเรียนรู้ และนำประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสาน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ระวี สัจโสภณ (2556)⁽¹⁸⁾ ศึกษาแนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพลุดพลังในผู้สูงอายุ พบว่า การจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตมีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุ เป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความหมายในชีวิต⁽¹⁹⁻²⁰⁾ เป็นหนทางที่ผู้สูงอายุได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง และผู้สูงอายุต้องการศึกษาในลักษณะกิจกรรมนอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย ที่มีเป้าหมายการจัดเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว และสามารถปรับตัวเข้ากับชุมชนสังคม ตลอดจนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน สังคมได้⁽²¹⁾ อีกทั้งโรงเรียนสร้างสุขมีกิจกรรมที่ส่งเสริมในการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติ เช่น ทางด้านร่างกาย จัดบริการประเมินสุขภาพสมรรถภาพ คัดกรองโรค ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณเดชะธีระปริดา (2557)⁽²²⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางร่างกาย กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมการท่องเที่ยว และกิจกรรมงานอดิเรกในการส่งเสริมพลุดพลัง โดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽²³⁾ ที่พบว่า 1) ด้านความปลอดภัยทางด้านกายภาพ ได้แก่ พื้นบ้านเรียบไม่เล่นระดับมากจนเป็นอุปสรรคในการเดิน อุปกรณ์ปิดเปิดน้ำ และลูกบิดประตูเป็นรูปแบบไม่ต้องออกแรงบิดมาก มีราวจับบริเวณทางเดิน และห้องน้ำไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินและรอบบริเวณบ้าน เช่น กองหินไม้ วัสดุ/อุปกรณ์ต่างๆ ควรมีก๊อกน้ำชนิดก้านโยก หรือแบบอัตโนมัติ และควรมีสัญญาณลูกเดินในห้องนอน ห้องน้ำหรือจุดต่างๆ ภายในบ้าน 2) ด้านสามารถเข้าถึงง่าย มีบริเวณพักผ่อนประจำวัน ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน 3) ด้านสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำได้ และทำให้เกิดความกระชุ่มกระชวย มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคม 4) ด้านดูแลรักษาง่าย มีพื้นที่ใช้สอยเหมาะสมกับจำนวนคนที่พักอาศัย เพียงพอและมีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตเดิม และมีพื้นที่บริเวณรอบๆ บ้านเป็นสนามหญ้า หรือสวนหย่อม

ประเด็นที่ค้นพบเพิ่มเติมจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ จะเน้นที่บริบทของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล และบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ การทำเศรษฐกิจ



พอเพียงและการจัดทำบัญชีครัวเรือน การมีส่วนร่วมในสังคมและมีหลักความมั่นคงและความปลอดภัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. การตรวจสอบและยืนยันรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนสร้างสุขของเทศบาลตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 (S.D.= 0.50) เมื่อพิจารณาด้านความเป็นไปได้ความเหมาะสม และความเป็นประโยชน์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.64, 4.63 และ 4.70 ซึ่งอธิบายได้ว่า การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนสร้างสุขนั้น มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ และสามารถที่จะนำไปปฏิบัติได้

4. การทดลองใช้และประเมินผลลัพธ์รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนสร้างสุขของเทศบาลตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 3) การมีหลักประกันและความมั่นคง (Security) มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ชุมชนหรือเทศบาลควรมีการนำชุดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพในผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาพลังที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการจัดกิจกรรมภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุต่อเนื่องทุกๆ ปี และควรมีการนำไปประยุกต์ใช้พื้นที่อื่นๆ

2. ในระดับนโยบายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับประเทศและท้องถิ่นควรให้ความสำคัญเรื่องการดูแลผู้สูงอายุส่งเสริมพัฒนาพลัง และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนสร้างสุขผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถบูรณาการ การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วน

3. ควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาว เพื่อดูประสิทธิผลของ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ และความคงที่ของภาวะพัฒนาพลังในผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายชุมชนในตำบลชุมเห็ดที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ที่สนับสนุนทุนวิจัยประเภททุนสนับสนุนงานพื้นฐาน Fundamental fund ประจำปีงบประมาณ 2566



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva: WHO Document Production Services; 2017.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2565.
3. โครงการสุขภาพคนไทย. จำนวนและสัดส่วนประชากรไทยที่เป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป). สุขภาพคนไทย 2562 นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ดัชนีพัฒนาผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
5. จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับในสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2549.
6. กิรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(4): 15-24.
7. ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น. พฤติกรรมของผู้สูงอายุไทย การปันผลทางประชากร และโอกาสทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในสังคมสูงวัย. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา 2555; 4(7) : 201-214.
8. Polit D, Hungler B. Nursing research: Principle and method 8th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 2013.
9. Thanakwang K, Isaramalai S, Hatthakit, U. Development and psychometric testing of the active aging scale for Thai adults. Clinical Interventions in Aging 2014; 9: 1211-21.
10. กาญจนา บัตรรัมย์. การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ตำบลหนองหัวแรด อำเภอนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาศาสนาชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2557.
11. กิตติวรรณ จันทฤทธิ์ และคณะ. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุมชนตำบลป่าเขา อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี 2562; 14(1): 67-77.
12. เนตรนิภา จันตระกูลชัย. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.



13. ปรมะธี วิมลศิริ. ผลสำรวจสุขภาพะทางกายและใจของผู้สูงอายุ. ศูนย์สำรวจความคิดเห็นทางสังคม โดยสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2562.
14. กิตติวรรณ จันทฤทธิ์. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลป่าเขา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ 2562; 14(1): 67-74.
15. ปัญญาเดช พันธุ์วัฒน์, สมศักดิ์ ลีลา, สมโภชน์ อเนกสุข. กระบวนการถ่ายทอดทางสังคมด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัย มสค สาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2560; 13(1): 149-170.
16. Thanakwang K., Soonthornmhada K. Attributes of active ageing among older persons in Thailand: evidence from the 2002 survey. Asia-Pacific Population Journal 2006; 21(3): 113-135.
17. ระวี สัจฉาโสภณ. แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพลัดพรากในผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์ 2556; 34 (3): 471-490.
18. ยมนา ชนะนิล, พรชัย จุลเมตต์, นัยนา พิพัฒน์วิชชา. ภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563; 30 (2): 83-92.
19. สุชาดา ทวีสิทธิ์, สวริย์ บุญยมานนท์. ประชากรและสังคม : คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
20. เนตรนิภา จันตระกูลชัย. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2557.
21. ดวงเดือน รัตนมงคลกุล, สมสมัย สังขมณี, สุธีร์ รัตนมงคลกุล, วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์, สิดาภัทร์ สุขฉวี. ภาพสุขภาพะของผู้สูงอายุผ่านมุมมองพลัดพรากในชุมชนจังหวัดนครนายก. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558; 22(2): 48-60.
22. สุวรรณ เทชะธีระปริดา. การบริหารจัดการกิจกรรมนันทนาการเพื่อผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลหนองน้ำใส อำเภอสี่คิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ 2557; 3(2): 89-100.
23. นอริณี ตะหวา, ปวิตร ชัยวิสิทธิ์. การจัดการสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2559; 5(1): 31-39.



การพัฒนารูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

THE DEVELOPMENT OF NURSING SUPERVISION MODEL FOR AFTER-HOUR NURSE SUPERVISORS, SENA HOSPITAL, AYUTTHAYA PROVINCE

Received: June 08, 2024

Revised: July 23, 2024

Accepted: July 29, 2024

พิมพ์ฉวี เตชะภัทร¹, อารี ฉอ้อนโฉม¹, จันทนา ชูเกษร¹

Pimchawee Tachapat¹, Aree Chaonchom¹, Juntana Chukasorn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ศึกษาระหว่างกันยายน 2566 ถึงพฤษภาคม 2567 แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ วิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบการนิเทศฯ การทดลองใช้ ปรับปรุงและประเมินกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ตรวจการฯ 22 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ 113 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดความรู้และความพึงพอใจเรื่องการนิเทศของผู้ตรวจการฯ และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการต่อรูปแบบฯ และสถิติปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Content analysis และ Paired t-test

ผลวิจัย พบว่า รูปแบบการนิเทศที่พัฒนามี 6 องค์ประกอบ คือ 1) ระบบการเตรียมผู้นิเทศทางการพยาบาล 2) การกำหนดข้อตกลง 3) การรับฟังปัญหาและกำหนดหัวข้อ 4) การสำรวจทำความเข้าใจปัญหาและวางแผน 5) การปฏิบัติการนิเทศ 6) การทบทวนประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูล ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบฯ ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการนิเทศของผู้ตรวจการฯ (ระดับมาก) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ตรวจการฯ (ระดับมากที่สุด) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลปฏิบัติการนอกเวลาราชการ (ระดับมาก) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value < 0.001) ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน พฤติกรรมบริการ การบริหารเตียงและการบริหารอัตราค่าจ้าง

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการนิเทศสามารถนำไปใช้ในหน่วยบริการพยาบาลอื่นๆ ได้ โดยปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การนิเทศทางการพยาบาล, ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ

¹ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Nursing Organization Sena Hospital, Ayutthaya province

*Corresponding author E-mail: pimchawee9@gmail.com



Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate a supervision model for after-hour nurse supervisors. Conducted between September 2023 and May 2024, the study was divided into four phases: situational analysis, model development, implementation, and evaluation and refinement. The sample included 22 nurse supervisors and 113 professional nurses working after hours. Research tools comprised knowledge and satisfaction assessment scales for the supervision model, as well as incident statistics in nursing. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, Paired t-test.

The study found that the developed supervision model consisted of six components: 1) preparing nursing supervisors, 2) agreement setting, 3) issue listening and topic setting, 4) problem understanding and planning, 5) supervision implementation, and 6) review, evaluation, and feedback. Results after using the model indicated a significant increase in the average knowledge levels of nurse supervisors, rated as high, and a notable rise in satisfaction levels among both the nurse supervisors and the after-hour professional nurses, with satisfaction rated as very high. Statistical analysis revealed significant differences with a p-value $< .001$. Additionally, there were no recorded incidents of complaints regarding service behavior, bed management, or staffing.

Recommendations: The supervision model can be adapted for use in other nursing service units, with adjustments based on specific situational needs.

Keywords: model development, nursing supervision, after-hour nurse supervisors



บทนำ

การนิเทศทางการพยาบาลเป็นบทบาทอิสระในความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ และเป็นกลไกที่สำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุม กำกับ ดูแลคุณภาพการบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เป้าหมาย และนโยบายขององค์กร ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาสร้างขวัญ และกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องสามารถนำมาวิเคราะห์ วางแผนพัฒนาองค์กร เพื่อการขับเคลื่อนให้องค์กรบรรลุ วิสัยทัศน์ตามที่กำหนดไว้⁽¹⁾ ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงต้องมีการวางระบบการนิเทศทั้งในและนอกเวลาราชการในเวลาราชการมีผู้บริหารทางการพยาบาลแต่ละระดับทำหน้าที่นิเทศบุคลากรในสายบังคับบัญชา ส่วนนอกเวลาราชการผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการทำหน้าที่ในการนิเทศทางการพยาบาลและตัดสินใจในเหตุการณ์สำคัญต่างๆ เป็นผู้รับผิดชอบนโยบาย/มาตรฐานการทำงานสู่การปฏิบัติบริหารงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน ประสานงานกับสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบงาน⁽²⁾

โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิ ให้บริการรักษาพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง กลุ่มคุณภาพของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล⁽³⁾ มีการจัดระบบนิเทศทางการพยาบาลในเวลาราชการหัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน/หอผู้ป่วย รองหัวหน้างาน/หอผู้ป่วย เป็นผู้นิเทศหน่วยงานภายใต้การกำกับ นอกเวลาราชการหัวหน้าพยาบาลแต่งตั้งผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการเป็นผู้นิเทศ ในปี 2566 โรงพยาบาลเสนามีผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการใหม่ถึงร้อยละ 45.45 ที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลพัฒนาขึ้นเพื่อทดแทนผู้ตรวจการพยาบาลเดิมที่เกษียณอายุราชการหรือลาออก และจากการประเมินผลการปฏิบัติงานผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ แบบรายงานเหตุการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวรตรวจการนอกเวลา พบว่ายังไม่มีรูปแบบการนิเทศสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการที่ชัดเจน กลุ่มการนิเทศยังไม่ได้ปรับปรุง หรือพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ไม่มีการอบรมผู้ตรวจการฯ ใหม่ก่อนการปฏิบัติงาน ผู้ตรวจการฯ ขาดความรู้ ขาดทักษะการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการไม่เข้าใจวิธีการวางแผนการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ สอดคล้องกับ ชญานุช ตรงต่อกิจ และคณะ⁽²⁾ ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติงานผู้ตรวจการฯ ใหม่ พบว่า เกิดความเครียดไม่มั่นใจในการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการ ไม่ได้รับการยอมรับในการตัดสินใจ เกิดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยงานทำให้ผู้ตรวจการฯ ต้องเข้าไปไกล่เกลี่ย อีกทั้งพยาบาลนอกเวลาราชการไม่เห็นความสำคัญต่อเป้าหมายและวัตถุประสงค์การนิเทศ รวมถึงประโยชน์ของการนิเทศทางการพยาบาล มีทัศนคติด้านลบเป็นการจับผิด สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถยา อมรพรหมภักดี และคณะ⁽⁴⁾ ขาดการมีส่วนร่วม ไม่มีการสะท้อนข้อมูลทั้งด้านบวกและลบแก่ระดับปฏิบัติการ และจากสถิติอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านการพยาบาล นอกเวลาราชการ ที่พบบ่อย คือ การบริหารเตียงและ



การบริหารอัตรากำลังไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติ และยังพบข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ในรายงานการประชุมความเสี่ยงโรงพยาบาลเสนา ซึ่งในปัจจุบันการนิเทศทางการแพทย์มีการเปลี่ยนรูปแบบจากการตรวจงานมาเป็นการปฏิบัติงานร่วมกัน มีสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง มุ่งความสัมพันธ การจูงใจและการมีส่วนร่วม มีรูปแบบการนิเทศทางการแพทย์และมีการเตรียมผู้นิเทศให้มีประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงเพื่อให้การนิเทศมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี⁽⁵⁾ ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าพยาบาล จึงสนใจที่จะศึกษาการนิเทศและพัฒนารูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเสนา มีการศึกษาความคิดเห็นเพิ่มเติมจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกความคิดเห็นต่อรูปแบบการนิเทศนอกเวลาราชการ และนำผลการวิเคราะห์มาประชุมหารือร่วมกันในผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการนิเทศ รวมทั้งศึกษาสภาพการณ์การนิเทศปัจจุบันของโรงพยาบาลเสนา ปัญหาและอุปสรรคของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ นำเสนอในที่ประชุมให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น โดยนำโมเดลการโค้ชแบบเคลียร์ (CLEAR supervision model) ในรูปแบบ SENA Model ซึ่งเป็นรูปแบบการนิเทศที่เน้นการสร้างบรรยากาศและสัมพันธภาพให้เกิดการยอมรับ จากการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน นำมาพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการและพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และทำให้การนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นประโยชน์ต่อบุคลากร และองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้ทฤษฎีระบบ (System Theory) ของFayol⁽⁶⁾ ในการวิเคราะห์สถานการณ์และสร้างรูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการ



พยาบาล ซึ่งทฤษฎีระบบ (System Theory) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) 2) ปัจจัยกระบวนการ (Process) และ 3) ผลลัพธ์ (Output)

1. ปัจจัยนำเข้า หมายถึง องค์ประกอบที่นำไปสู่การดำเนินงานของการพัฒนารูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 1) คน 2) งบประมาณ 3) เครื่องมือการนิเทศ 4) ระบบงาน

2. กระบวนการ หมายถึง วิธีดำเนินการหรือกิจกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยผู้วิจัยแบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบเคลียร์ของ Hawkins and Shohet⁽⁷⁾ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา อุปสรรคการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาลเสนา โดยใช้แบบคำถามการประเมินสถานการณ์การนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเสนา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลฯ โรงพยาบาลเสนา ประยุกต์ใช้รูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบเคลียร์ของ Hawkins and Shohet⁽⁷⁾ ประกอบด้วย กิจกรรมการโค้ช 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดข้อตกลง (Contract) 2) การรับฟังปัญหา (Listen) 3) การตรวจสอบความเข้าใจ และวางแผน (Explore) 4) การนำไปปฏิบัติ (Action) 5) การทบทวนประเมินผล (Review) จัดทำเป็นคู่มือการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเสนา (D1) เสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎีและปรับแก้ตามคำแนะนำ นำเสนอร่างรูปแบบการนิเทศให้ผู้นิเทศที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทราบ และให้ความคิดเห็น และนำมาปรับปรุงรูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการแล้วนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง

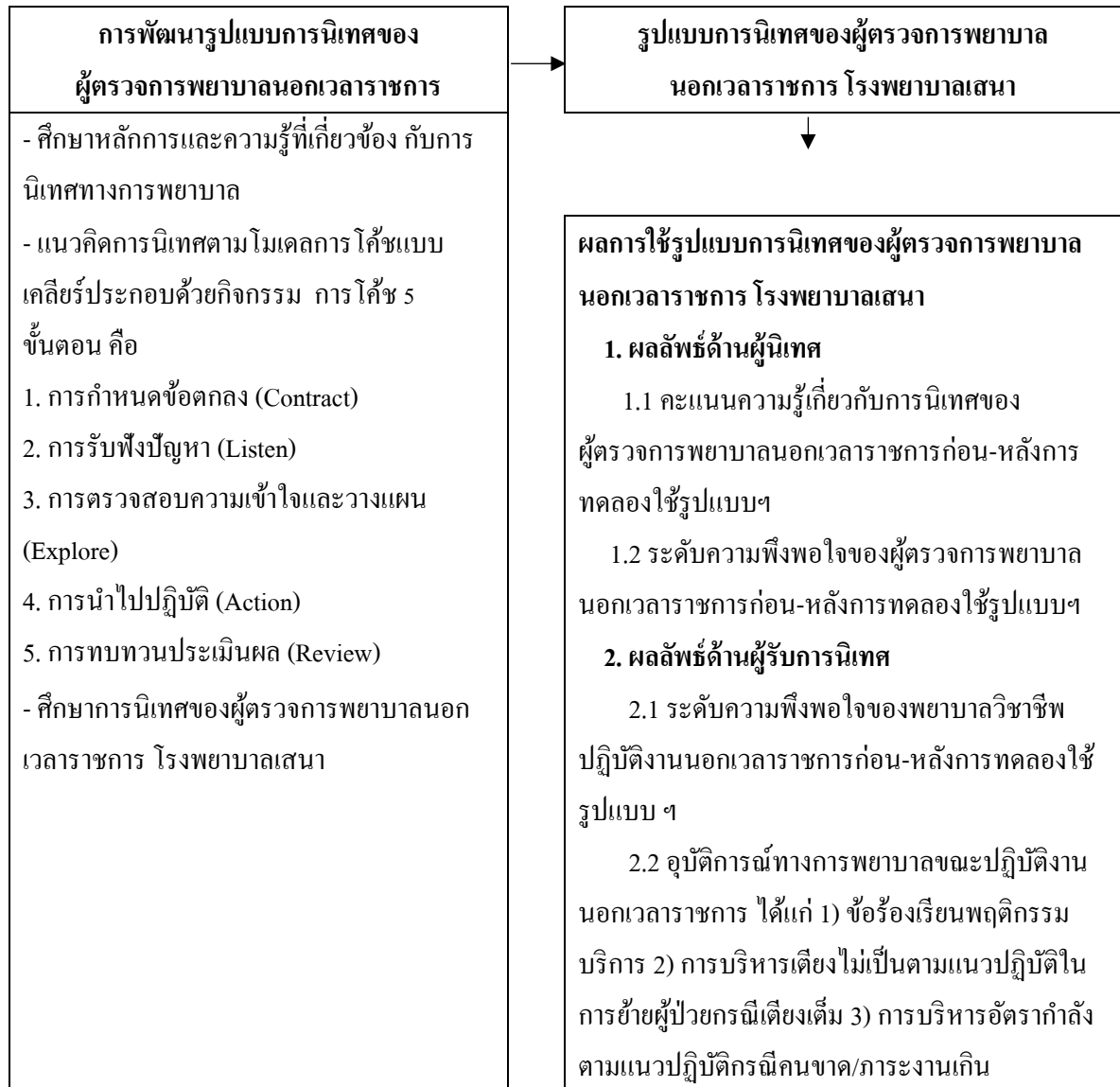
ระยะที่ 3 การทดลองใช้เครื่องมือการนิเทศ (R2) โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เคยเป็นผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ และปรับปรุงรูปแบบฯ ให้เหมาะสม (D2)

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลฯ (Research: R3) และ (Design and Development: D3) ผู้วิจัยนำรูปแบบฯ ไปใช้จริง และประเมินผลภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯ โดยวัดความรู้ และความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และประเมินจากสถิติอุบัติการณ์ทางการพยาบาลขณะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ได้แก่ ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ การบริหารเตียง และบริหารอัตรากำลัง

3. ผลลัพธ์ หมายถึง รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลฯ โรงพยาบาลเสนา การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาราชการฯ โรงพยาบาลเสนา โดยประเมินความรู้เรื่องการนิเทศ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลฯ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการต่อรูปแบบฯ และอุบัติการณ์ทางการพยาบาลขณะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ได้แก่ ข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ การบริหาร



เตียงไม่เป็นตามแนวปฏิบัติในการย้ายผู้ป่วยกรณีเตียงเต็ม และการบริหารอัตรากำลังตามแนวปฏิบัติกรณีคนขาด/ภาระงานเกิน ดังแสดงในภาพ ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา สถานที่ศึกษา คือ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเสนา
อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ตรวจการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ
ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ



กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ตรวจการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ในช่วงเวลาเช้า (08.00-16.00 น.) วันหยุดราชการหรือนักชัตตฤกษ์ และพลัดเวรบ่าย (16.00-24.00 น.) ดึก (24.00-08.00 น.)

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ จำนวน 22 คน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ จำนวน 113 คน จากทั้งหมดจำนวน 160 คน โดยอ้างอิงจากการใช้ตาราง Krejcie & Morgan อ้างใน อานนท์ ชุนติศกุล⁽⁸⁾ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการที่ได้รับการแต่งตั้งปฏิบัติงานจากหัวหน้าพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

รูปแบบการนิเทศฯ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกจากการสังเกตปัญหา เหตุการณ์ที่พบขณะปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาและแนวทางแก้ไขปัญหา 2) แบบสอบถามการปฏิบัติงานเป็นคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาของประสบการณ์ที่พบปัญหาขณะปฏิบัติงาน วิธีแก้ปัญหา ความรู้สึกต่อการปฏิบัติงาน ข้อดี ข้อเสีย 3) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบข้อมูลได้ตามความพึงพอใจ โดยมีเนื้อหาของข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาล 4) แบบบันทึกสถิติอุบัติการณ์ทางการแพทย์ขณะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ได้แก่ ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ การบริหารเตียงไม่เป็นตามแนวปฏิบัติในการย้ายผู้ป่วยกรณีเตียงเต็ม การบริหารอัตรากำลังตามแนวปฏิบัติกรณีคนขาด/ภาระงานเกิน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจ ของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการต่อรูปแบบการนิเทศฯ โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาจากตำราประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เรื่องการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โดยข้อคำถามเป็นปรนัย จำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก บางครั้ง น้อย และน้อยที่สุด 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการต่อรูปแบบการนิเทศฯ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รูปแบบการนิเทศ แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน นำค่า



ดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยรูปแบบการนิเทศฯ ได้ค่าเท่ากับ 0.94 แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการได้ค่าเท่ากับ 0.95 และ 0.96 ตามลำดับ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลา ได้ค่าเท่ากับ 0.96 และนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยการคำนวณหา Cronbach's alpha coefficient นำมาใช้คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาทั้งสองแบบสอบถาม ได้ค่าเท่ากับ 0.94 และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการมีความเที่ยงตามวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Ricardson: KR-20) ในบุญใจ ศรีสถิตนรากร⁽⁹⁾ ได้ค่าเท่ากับ 0.74

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการเก็บรวบรวมมา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงปริมาณ ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการและพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลา โดยใช้สถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group) ในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา อุปสรรคการนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ และการสร้างรูปแบบการนิเทศฯ โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา และอุปสรรคการนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเสนา (Research: R1)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ (Design and Development: D1) สร้างรูปแบบการนิเทศฯ โดยนำเนื้อหาที่ศึกษาในระยะที่ 1 มาดำเนินการสร้างรูปแบบด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ใช้วิธีการสนทนา (Focus group) โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับรูปแบบการนิเทศฯ ภายใต้กรอบแนวคิดวิธีการเชิงระบบ (System Approach) ที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการนิเทศ (Process) พร้อมรับฟังความคิดเห็น และวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสัมภาษณ์ได้จุดอ้อมตัวของข้อมูล และมีการทดสอบความรู้เรื่องการนิเทศผู้ตรวจการพยาบาล และวัดความพึงพอใจรูปแบบการนิเทศฯ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ ประเมินผล (Research: R2) และปรับปรุงรูปแบบฯ ให้เหมาะสม (Design and Development: D2) เป็นขั้นตอนของการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ



ระยะที่ 4 การนำไปใช้จริง (Research: R3) และประเมินผล (Design and Development: D3) ผู้วิจัยนำรูปแบบฯไปใช้จริงและประเมินผลภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯโดยวัดความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ รวมถึงประเมินจากสถิติอุบัติการณ์ทางการพยาบาลขณะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ได้แก่ ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ การบริหารเตียงไม่เป็นตามแนวปฏิบัติในการย้ายผู้ป่วยกรณีเตียงเต็ม บริหารอัตรากำลังตามแนวปฏิบัติกรณีคนขาด/ภาระงานเกิน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอหนังสือขออนุญาตทำวิจัยและขอรับรองจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเสนา ได้รับการพิจารณาอนุมัติ เลขที่ อย.0033.202.2/041 ลงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตทำวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การนิเทศ พัฒนารูปแบบการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ และผลการใช้รูปแบบฯ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลจากการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และอุปสรรคการนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (Research: R1) พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ จำนวน 22 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 อายุ 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 51-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.91 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 81.82 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งรองหัวหน้าหอผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 54.55 ประสบการณ์ในการเป็นผู้ตรวจการพยาบาล 1 เดือน-1 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมา คือ 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.18 เคยผ่านการอบรมการนิเทศทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 54.55 และไม่เคยอบรม คิดเป็นร้อยละ 45.45

ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเสนา จำนวน 113 คน ทั้งหมด (เพศหญิง) อายุเฉลี่ย 39.35 ปี ส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 94.69 ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาล สูงสุดคือ มากกว่า 12 ปี (77 คน) คิดเป็นร้อยละ 62.83 ต่ำสุด 10-12 ปี (5 คน) คิดเป็นร้อยละ 4.42

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ (Design and Development: D1) สร้างรูปแบบการฯ โดยนำเนื้อหาที่ศึกษาในระยะที่ 1 มาดำเนินการสร้างรูปแบบฯ ด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สิ่งสำคัญประการหนึ่ง คือ การมีส่วนร่วมของ



ผู้ร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยตระหนักและได้พัฒนารูปแบบฯ ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งวางแผนพัฒนาปรับปรุงการดูแล ตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงในทุกช่วงอย่างต่อเนื่องโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลได้อย่างเสมอภาค ซึ่งวิธีสร้างการมีส่วนร่วมที่ใช้ตลอดการวิจัย

ระยะที่ 3 นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้ (Research: R2) และปรับปรุงให้เหมาะสม (Design and Development: D2) เป็นขั้นตอนของการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในเดือน มกราคม พ.ศ. 2567 เพื่อนำร่องเป็นขั้นตอนของการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในสถานการณ์จริงของการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาล คุณสมบัติตรงตามการวิจัย จำนวน 5 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในการทดลองใช้แต่ละครั้งจะนำปัญหามาทบทวนปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลเสมอต่อไป

ผลการนำโมเดลการโค้ชแบบเคลียร์ประยุกต์ใช้รูปแบบการนิเทศฯ ที่ประกอบด้วย กิจกรรมการโค้ช 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดข้อตกลง (Contract) ทำให้ผู้ตรวจการพยาบาลฯ และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ มีความเข้าใจ วิธีการและกระบวนการ นิเทศ ร่วมกันตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับผลลัพธ์ชัดเจนขึ้น 2) การรับฟังปัญหา (Listen) อย่างตั้งใจ เพื่อให้ทราบความต้องการของพยาบาลวิชาชีพฯ มีการสะท้อนปัญหาสามารถปรับแนวคิดและสร้างความสัมพันธ์ สัมพันธภาพในการนิเทศ บรรยายการนิเทศดีขึ้น มีการร่วม กำหนดประเด็นการนิเทศและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน 3) การตรวจสอบความเข้าใจและวางแผน (Explore) ผู้ตรวจการพยาบาลฯ มีการสำรวจและทำความเข้าใจปัญหาอย่างรอบคอบ ก่อนลงนิเทศใช้วิธีการตั้งคำถามและการสะท้อนกลับ มีการสร้างทางเลือกที่แตกต่าง และวางแผนการนิเทศร่วมกันซึ่งส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของทั้ง 2 ฝ่าย ไม่มีความรู้สึกว่าถูกจับผิด 4) การนำไปปฏิบัติ (Action) พยาบาลวิชาชีพฯ ได้ปฏิบัติตามทางเลือกแนวทางและวัตถุประสงค์ที่วางแผนร่วมกัน มีการดำเนินการที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ไม่เกิดอุบัติการณ์ในเรื่องข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ การบริหารเตียงฯ และการบริหารอัตราค้างไม่เป็นตามแนวปฏิบัติฯ 5) การทบทวนประเมินผล (Review) พยาบาลวิชาชีพฯ มีการทบทวนการปฏิบัติการนิเทศตามที่กำหนดไว้ และมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับกระบวนการการนิเทศ ปัญหาและอุปสรรค สิ่งที่ต้องการปรับเปลี่ยนทุกครั้ง เพื่อการปรับปรุงและการนิเทศมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และมีการวางแผนร่วมกันในการนิเทศครั้งต่อไป

ระยะที่ 4 ผลของการใช้รูปแบบการนิเทศฯ โดยนำไปใช้จริง (Research: R3) และประเมินผลภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯ (Design and Development: D3) โดยวัดความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการและพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และประเมินจากสถิติอุบัติการณ์ทางการพยาบาลขณะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ได้แก่ ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ



การบริหารเตียงไม่เป็นตามแนวปฏิบัติในการย้ายผู้ป่วยกรณีเตียงเต็ม บริหารอัตรากำลังตามแนวปฏิบัติกรณีคนขาด/ภาระงานเกิน ซึ่งมีรายละเอียด และตารางดังต่อไปนี้

4.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ฯ ($n = 22$)

ความรู้การนิเทศของผู้ตรวจการ พยาบาลนอกเวลาราชการ	M	S.D.	ระดับ	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ ฯ	6.59	1.26	ปานกลาง	-7.24	0.000*
หลังการใช้รูปแบบ ฯ	8.45	0.91	มาก		

* $p\text{-value} < 0.05$

4.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ฯ ($n = 22$)

ความพึงพอใจของผู้ตรวจการ พยาบาลนอกเวลาราชการ	M	S.D.	ระดับ	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ ฯ	3.75	.54	มาก	-7.36	.000*
หลังการใช้รูปแบบ ฯ	4.58	.35	มากที่สุด		

* $p\text{-value} < 0.05$

4.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n = 113)

ความพึงพอใจของพยาบาล วิชาชีพปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการ	M	S.D.	ระดับ	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	3.32	.16	ปานกลาง	-3.78	0.004*
หลังการใช้รูปแบบฯ	3.54	.15	มาก		

*p-value < 0.05

4.4 ไม่พบอุบัติการณ์ทางการพยาบาลขณะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ได้แก่ ข้อร้องเรียน พฤติกรรมบริการ การบริการเตียงไม่เป็นตามแนวปฏิบัติในการย้ายผู้ป่วยกรณีเตียงเต็ม การบริหาร อัตรากำลังตามแนวปฏิบัติกรณีคนขาด/ภาระงานเกิน

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบฯ โรงพยาบาลเสนาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการวิจัย และ พัฒนา อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์การนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเสนา ผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ จำนวน 22 คน พบว่า ความรู้ในด้านการนิเทศอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 6.58) ประสิทธิภาพผู้ตรวจการพยาบาลส่วนใหญ่ 1 เดือน-1 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.45 ผ่านการอบรมการนิเทศทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 54.55 และไม่เคยอบรม คิดเป็นร้อยละ 45.45 ซึ่งการขาดองค์ความรู้ในการนิเทศ เป็นปัจจัยในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องการศึกษาของ มธุรส ดันดีเวส⁽¹⁰⁾ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลสงฆ์ พบปัจจัยด้านคน คือ การขาดองค์ความรู้ในการนิเทศ และมีการสอบถามความพึงพอใจ ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ จำนวน 113 คน มีความพึงพอใจต่อผู้ตรวจการ พยาบาลนอกเวลาราชการ อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.32 (คะแนนเต็ม 5) ข้อที่ได้คะแนน น้อยที่สุด คือ เมื่อเกิดปัญหาหรือภาระยุ่งได้รับการช่วยเหลือจากเวรตรวจการในการบริหารจัดการ คะแนนเฉลี่ย 3.08

2. พัฒนารูปแบบการนิเทศฯ มีการศึกษาความคิดเห็นเพิ่มเติมจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกความคิดเห็นของรูปแบบฯ และนำผลการวิเคราะห์มาประชุมหารือ ร่วมกัน ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบฯ รวมทั้ง



ศึกษาสภาพการณ์การนิเทศปัจจุบันของโรงพยาบาลเสนา ปัญหาและอุปสรรคของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ นำเสนอในที่ประชุมให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น โดยนำโมเดลการโค้ชแบบเคลียร์ (CLEAR supervision model) มาเป็นแนวทางในการนิเทศ และจัดทำคู่มือการนิเทศในรูปแบบ SENA model สอดคล้องกับ ชญาณูช ตรงต่อกิจ และคณะ⁽²⁾ ได้ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ตรวจการในแต่ละวัน มีการจัดโครงสร้างการปฏิบัติงานให้รู้บทบาทและหน้าที่ของการนิเทศ มีการจัดทำแบบฟอร์มที่ใช้ในการควบคุมการปฏิบัติงาน และจัดทำแบบประเมินการปฏิบัติงาน

3. ศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ ประเมินผลภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯ โดยวัดความรู้ และความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ พบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการนิเทศก่อนการนำรูปแบบฯ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านความพึงพอใจพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการก่อนการนำรูปแบบฯ ไปใช้ อยู่ในระดับมาก หลังการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาความรู้และการปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลของผู้นิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ของชนพร แยมสุดา และจันทร์แก้ว ลักษณะานุกุล⁽¹¹⁾ คือ หลังจากมีรูปแบบการนิเทศการปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก และงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ของศรีวรรณ เรื่องวัฒนา และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศ มีความพึงพอใจต่อการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} + S.D. = 4.06 + 0.42$) สอดคล้องกับการวิจัยพบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพฯ ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพฯ ก่อน อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สถิติปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลต่างๆ ลดน้อยลง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. รูปแบบการนิเทศฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานบริการพยาบาลอื่นๆ ได้ โดยปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ เพื่อให้ได้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่เหมาะสม
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการติดตามการจรรระบบนิเทศทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญต่างๆ จากการนิเทศ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบนิเทศทางการพยาบาล ที่สอดคล้องกับสถานการณ์อย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง และเป็นรูปธรรม



3. ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะทางการพยาบาลระดับ 5 นำรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการนิเทศเฉพาะสาขาได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาจากกองการพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา คณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิชาชั้น การแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเสนาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. อุไรวรรณ จัยคาย, คัทธรียา รัตนวิมล, วชญญา บุญยมน, ศิริพร วงศ์จันทร์มณี. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลสุโขทัยด้วยหลักความปลอดภัย 2P SAFETY. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16: 202-215.
2. ชญานุช ตรงต่อกิจ, อรอนงค์ วิชัยคำ, กุลวดี อภิชาติบุตร. การวิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. พยาบาลสาร 2563; 47: 252-265.
3. อรรถยา อมรพรหมภักดี, ฐาศุภร์ จันทร์ประเสริฐ, อมราพร สุรการ. การนิเทศทางการพยาบาล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563; 30: 144-157.
4. รายงานการประชุมความเสี่ยงโรงพยาบาลเสนา. 2566.
5. รัชณี อยู่ศิริ, กมลรัตน์ เอิบศิริสุข, จรี นฤมิตรเลิศ, พรทิพย์ ชิวพัฒน์. การบริการการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยสหราชอาณาจักรไทย; 2551.
6. Fayol, H. General and industrial management. London: Sir Isaac Pitman & Sons; 1949.
7. Hawkin, P, Shohet, R. Supervision in the Helping Professions. London: YHT; 2006.
8. อานนท์ ชุนดิติสกุล. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูป. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thetsis.com/post/research-tips-sampling>
9. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2553.
10. มธุรส ดันดิเวสส, การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการโรงพยาบาลสงฆ์. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.



11. ชนพร แยมสุดา, ชันช์แก้ว ลักษณะานุกูล. ความรู้และการปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลของ
ผู้นิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. วารสารวิชาการ โรงเรียนนายเรือ
ด้านสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์และศึกษาศาสตร์ 2564; 8: 121-134.
12. ศรีวรรณ เรืองวัฒนา, พรธนา แก้วคาปา, อรทัย ธรรมป้อม. การพัฒนารูปแบบการนิเทศ
ทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในกลุ่มงานการพยาบาล
ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2567; 15: 108-124.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลี้ยวเมืองทุ่งมน ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000
โทร 043-019760 ต่อ 114



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ>

ISSN 1906-2605 (Print)
E-ISSN 2697-4673 (Online)

R&D Health
System Journal

