Volume 17 No.3 September - December 2024
ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม 2567

R&D Health System Journal

วารสาร
วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal

E-ISSN 2697-4673
ISSN 1906-2605

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

บทบรรณาธิการ

ลาทีปีเก่า สวัสดีปีใหม่

ในศุภวาระดิถีขึ้นปีใหม่ปี 2568 วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ขอให้ทุกวันเต็มไปด้วยความสำเร็จ ความสุข และความรุ่งเรือง ขอให้คุณพระศรีรัตนตรัย จงคุ้มครองให้ปลอดภัย ขอให้ปราศจากโรคภัยทั้งปวง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 17 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน – ธันวาคม 2567 มีบทความที่คัดเลือกมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ ประกอบด้วย นิพนธ์ต้นฉบับ ครอบคลุมทั้งสาขาการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาลชุมชน การมีส่วนร่วม ซึ่งหลากหลายสาขาวิชาชีพมากขึ้น ทั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ให้ข้อแนะนำ ปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น และจะยินดีอย่างยิ่งถ้าสามารถนำผลงานวิชาการขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ได้ ทั้งนี้ พร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

พบกันใหม่ ฉบับหน้า ปีหน้า 2568

ดร.สุภัทรา สามัง

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
Research and development health system Journal

วัตถุประสงค์ : เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งในประเทศ และระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

ที่ปรึกษาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)
นพ.ทวีรัชต์ ศรีกุลวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ. (พิเศษ) นพ.สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.วรวิทย์ เจริญพร	โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. สม นาสอ้าน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ธงชัย ปัญญูรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
ผศ.ดร.จารวุรรณ ก้าวหน้าไกล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สุพัตรา บัวที	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. จิดาภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.ชนกพร ศรีประสาร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ไพบูลย์ เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร.อุ่นใจ เครือสถิตย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
ดร.สุพัตรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อดกลั้น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
Research and development health system Journal

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ทพญ.วารี สุดกรยุทธ์	โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร.วรินทร์มาศ เกษทองมา	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.วรกร วิชัยโย	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนีดล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภญ.อรนิฎา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายศิริศักดิ์ ดลพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายวรัญญู สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางกฤษณา เพียรภายลุน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางณัฐรินีย์ พิมพะสอน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางนภาวรรณ อารมย์ดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ออกแบบปก

นายทัศน์เทพ ดลโสภณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

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

บทความวิจัยฉบับนี้ ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) และการตีพิมพ์บทความซ้ำต้องได้รับการอนุญาตจากกองบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
Research and development health system Journal

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญประเมินบทความ

รศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ภาคภูมิ พิลึก	คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.นิภา มหารัชพงศ์	รองคณบดีฝ่ายบริหารและพัฒนาองค์กร มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.อุ่นใจ เครือสถิต	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ศุภศิลป์ ดีรักษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ธวัชชัย ดาเชิงเขา	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะศิลปะศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.สุวภาคย์ เบญจธนวัฒน์	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.ปิยะพงษ์ ชุมศรี	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
ดร.ดร.สุนิศา แสงจันทร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.ประสิทธิ์ กมลพรมงคล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.อัตถสิทธิ์ ไชยณรงค์	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.สุธีรา อินทเจริญศานต์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
นพ.ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)
ดร.สมพร ส่งตระกูล	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.นวลปรางค์ ดวงสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ดร.เยาวเรศ ก้านมะลิ	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.อรนิฎา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.พัชรินทร์ ภูวิเลิศ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนีดล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Volume 17 No.3 Sep - Dec 2024

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

การศึกษาคุณภาพและความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ 7..... 1
สุพัตรา บุญเจียม

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและการติดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่จังหวัดเชียงราย.... 16
อ้อมขวัญ ทิมินกุล, ธนัชชา ยีโกบ, อทิตยา ขันคำ, ปิยมาภรณ์ อนันต์สุภมงคล, นนทนัตถ์ สถาพร

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี..... 29
แก้วใจ มาลีลัย, สิริสุดา วงษ์ใหญ่

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4..... 43
ผาสุข สุตวัฒน์, บังอร นาคฤทธิ์, เพ็ญศรี ละออ, สารนิติ บุญประสพ

สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลมหาสารคาม..... 57
พันนิตย์ อรัญญาวาส, วริศรา ศรีสุขกาญจน์, ธนนรรจ์ รัตนโชติพานิช, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, อัจฉรียา แสนมี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่มีคุณภาพอำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด..... 73
นิสิต บุญอะรัญ, กองทิพย์ ปินะกาโน

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019..... 87
อภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย, นงเยาว์ มีเทียน

การพัฒนาสื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง..... 101
นิตยา ศรีมานนท์

ผลของรูปแบบการจัดการชุมชนโลโซ “เดียม” ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านจิกดู่ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ..... 115
เจษฎา กาฬมาตย์, บัสรี ดือราแม, ฟาดีนา ตาเดอิน, กรกวรรษ ดารุนิกร,ประเสริฐ ประสมรักษ์, ปิยะฉัตติ สอดศรี, ปุณยนุช สุกุล, สมพร สังขฤกษ์, สุนทร แก้วประเสริฐ

ผลการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป ในวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เรื่อง การประเมินสภาพจิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต..... 129
ทมาภรณ์ สุขสวรรค์, วัชรีพร อ่อนสด, พิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์..... 143
เนมิราช จิตรปรีดา, ธีรศักดิ์ พาจันทร์, สุทิน ชนะบุญ, กฤษณ์ ขุนลึก

การวิเคราะห์บริบทของปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: การศึกษาแบบผสานวิธีในหลายระดับ..... 157
ขัติยา แก้วสมบัติ, อิศรา ขุนพิลึก, ชินกร สุจิมงคล, อัญชลี วิจิตรปัญญา

ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพในสถานศึกษาสังกัดอาชีวศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ..... 172
จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์, ธิติรัตน์ เหล่าคมพฤฒาจารย์, ยุทธกร ทิพชาติ, กุลวดี ศรีเมือง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Volume 17 No.3 Sep - Dec 2024

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย..... 187

คฑาวุธ แสนเมือง, ชลธิชา ศรีโลน, ปิ่นกมล สนโคกสูง,ปนัดดา หงษาวงค์, สมาน สีดา, ปิยะพงษ์ ชุมศรี

ผลของโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี..... 201

ปิยาภรณ์ พงษ์ประยูร, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, ทัศพร ชูศักดิ์

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2 ส. ของแรงงานกัมพูชาที่ทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดชลบุรี..... 213

ณัทณพงศ์ พีรภัคพงศ์, ประสิทธิ์ กมลพรมงคล

รูปแบบการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในจังหวัดนครราชสีมา..... 226

วิชุดา จันทะศิลป์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, ทัศพร ชูศักดิ์, รัฐพล ศิลปรัศมี

ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ..... 240

นฤมล จันทร์สุข, นันตพร ทองเต็ม, อัศวเดช สละอวยพร

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังของนักศึกษาชั้นปีที่ 1..... 253

แก้วใจ มาลีลัย, กิตติยาภรณ์ ภูแป้ง

การศึกษาคุณภาพและความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ 7

THE STUDY OF QUALITY AND SATISFACTION WITH THE SERVICE SYSTEM WELL CHILD CLINIC OF STANDARDS FOR MATERNAL AND CHILD HEALTH IN THE AREA HEALTH REGIONS VII

Received: June 04, 2024
Revised: July 15, 2024
Accepted: August 12, 2024

สุพัตรา บุญเจียม[1*]
Supattra Boonjeam[1*]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพและความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ 7 เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2566-สิงหาคม 2566 โดยมีรูปแบบเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) เกณฑ์ที่ใช้ในการเลือกจังหวัดในเขตสุขภาพเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) 1 จังหวัด และเลือกโรงพยาบาลด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง โดยมีการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ 21 คน และผู้รับบริการ 35 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 56 คน ข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอโดยวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า โดยส่วนใหญ่หน่วยบริการดำเนินการได้ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐานคลินิกเด็กสุขภาพดี ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการในภาพรวม คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.52 พึงพอใจเรื่องขั้นตอนการให้บริการและค่าใช้จ่ายมากที่สุด พึงพอใจเรื่องมุมส่งเสริมสุขภาพ (พัฒนาการ/ฟัน/โภชนาการ) น้อยที่สุด และการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผลต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

คำสำคัญ: คลินิกเด็กสุขภาพดี, ความพึงพอใจ, คุณภาพ, มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
Registered Nurse (Professional level) Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani
*Corresponding author E-mail: supattra4422gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

The objective of this research aimed to study quality and satisfaction with the service system well child clinic of standards for maternal and child health in the area health region VII. Data was collected from July 2023 - August 2023, with mixed method research. The criteria used to select provinces in the area health were selected by simple random sampling 1 province and 1 advance-level hospitals were selected by cluster sampling 2 community hospitals and 4 sub-district health promoting hospital. There were interviews with 2 1 service providers and 35 service recipients. The sample consisted of 56 people. Qualitative data were presented through thematic content analysis, Quantitative data are presented with counts, percentages, means, and standard deviations.

The results revealed that situation of the most well child clinic operate according to standards for maternal and child health. Service recipients receive services according to the standards of the well child clinic. Service recipients are satisfied with the service overall. The results revealed that satisfaction in services had average score 4.52, The first satisfied with the service process and the cost of receiving the service, the least satisfied with the health promotion angle (development/dental/nutrition). The transfer of the sub-district health promoting hospital has an effect on operations according to maternal and child health standards.

Keywords: Well Child Clinic, Satisfaction, Quality, Standards for Maternal and Child Health

บทนำ

ปฐมวัยเป็นวัยเริ่มต้นของชีวิตและพัฒนาการในทุกด้านเป็นรากฐานที่สำคัญสำหรับพัฒนาการในช่วงวัยต่อไป เด็กปฐมวัยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามวัยจะเติบโตเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ[1] สอดคล้องกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560–2579)[2] ที่มุ่งเน้นพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) เน้นส่งเสริมความร่วมมือระหว่างกันในการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนสร้างกลไกการดำเนินงานให้เอื้อต่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายในระดับพื้นที่[3] และในปี 2565 เพื่อให้การบูรณาการความร่วมมือครบถ้วนทุกหน่วยงานภาคีเครือข่าย และเป็นไปอย่างต่อเนื่องภายใต้วิสัยทัศน์เด็กปฐมวัยทุกคนมีการพัฒนาอย่างรอบด้านเต็มตามศักยภาพ โดยคำนึงถึงคุณภาพความเท่าเทียมและความจำเป็นขั้นพื้นฐานของเด็กปฐมวัย เพื่อนำไปสู่ความเป็นพลเมืองคุณภาพ โดยมีเป้าประสงค์ คือ เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ พัฒนาการสมวัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้รับบริการและคุ้มครองอย่างทั่วถึงเท่าเทียมตามมาตรฐาน จากข้อมูลจำนวนราษฎรของประเทศไทย เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2565 มีประชากรสัญชาติไทยอยู่ในทะเบียน 66,080,812 คน ปี 2565 มีคนเกิด 502,107 คน และมีคนตาย 595,965 คน แสดงให้เห็นว่า จำนวนคนตายมากกว่าคนเกิด[4] และอัตราเพิ่มตามธรรมชาติของประชากรไทย มีอัตราเกิดเท่ากับ 7.6 ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราตายเท่ากับ 8.9 ต่อประชากร 1,000 คน ทำให้อัตราเพิ่มตามธรรมชาติในไทยติดลบ[5] จากสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย (0-5 ปี) ที่ผ่านมาพบว่า เด็กปฐมวัย ร้อยละ 30 ยังคงมีแนวโน้มพัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษา รองลงมา คือ การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา[6] ซึ่งทักษะทั้งสองด้านเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาสมองและส่งผลต่อการเรียนรู้ การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองพัฒนาการของเด็กมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 เป็นต้นมา กรมอนามัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็กให้จัดระบบบริการให้ได้มาตรฐาน โดยการพัฒนาระบบบริการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยเด็กเติบโต พัฒนาการสมวัย[7]

ปัจจุบันกรมอนามัยมีการประเมินโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก โดยกำหนดให้มีการจัดระบบบริการตามกระบวนการคุณภาพ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด การเลี้ยงดูบุตรอายุ 0-5 ปี โดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งโรงพยาบาลจะได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กจะต้องผ่านครบทุกประเด็น[8] คลินิกเด็กสุขภาพดีเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของมาตรฐานฯ ที่หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับต้องให้บริการและเป็นบริการขั้นพื้นฐานตามสิทธิเด็ก จากการประเมินตนเองของโรงพยาบาลตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กในปีงบประมาณ 2565[9] พบว่า สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีขั้นตอนการให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีและคุณภาพการให้บริการมีความแตกต่างกันและไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแล เช่น การประเมินพัฒนาการไม่ครอบคลุม ขาดการ

แปรผลภาวะโภชนาการ ไม่มีเวลาให้คำปรึกษารายบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่า อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการให้บริการยังไม่ได้มาตรฐานไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ ในเขตสุขภาพที่ 7 ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้ เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพการให้บริการคลินิกเด็กสุขภาพดีจึงควรมีการศึกษาคุณภาพและความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลนำมาใช้ประกอบการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และแผนงานต่างๆ ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยไทยอย่างรอบด้านต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีของผู้รับบริการ
3. เพื่อสร้างแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2566-สิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 7

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ที่ใช้ในการเลือกจังหวัดในเขตสุขภาพเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) 1 จังหวัด และเลือกโรงพยาบาลด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง โดยมีการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ แห่งละ 3 คน และผู้รับบริการแห่งละ 5 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการ 21 คน และผู้รับบริการ 35 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น 2 ส่วนดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ประเมินการจัดบริการตามมาตรฐานคลินิกเด็กสุขภาพดีของผู้ให้บริการ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดบริการ

2. แบบสัมภาษณ์การได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีสำหรับผู้รับบริการ ประกอบด้วย ประเมินการได้รับบริการตามมาตฐานคลินิกเด็กสุขภาพดี ประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีของผู้รับบริการ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการรับบริการ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ เครื่องมือเกิดจากการประชุมเพื่อพัฒนาและจัดทำแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ และที่ปรึกษาโครงการวิจัย คือ พญ.ศิริกุล อิศรานุรักษ์ กุมารแพทย์ รศ.ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย อาจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล โดยที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try out) กับผู้ให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีและผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จากนั้นส่งให้ที่ปรึกษาโครงการ พิจารณาและพัฒนาแบบสอบถามจนได้ฉบับสมบูรณ์ โดยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับบริการด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ผลเท่ากับ 0.86 และแบบประเมินการจัดบริการของผู้ให้บริการและแบบประเมินการได้รับบริการของผู้รับบริการ ด้วยวิธีของคูเตอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson20: KR 20) โดยมีค่าจำแนกความยากง่ายค่า r มากกว่า 0.70 ขึ้นไป ได้ผลเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการและผู้รับบริการนำเสนอโดยวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นที่กำหนด

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ประเมินตนเองในการให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ประเมินการได้รับบริการตามมาตรฐานคลินิกเด็กสุขภาพดี (ผู้รับบริการ) และความพึงพอใจผู้รับบริการต่อกิจกรรมบริการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 621/2566 ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

ผู้ให้บริการ เขตสุขภาพที่ 7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.71 เพศชาย ร้อยละ 14.29 อายุเฉลี่ย 39.14 ปี น้อยที่สุด 27 ปี มากที่สุด 57 ปี เวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.86 ปี น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 20 ปี การประเมินคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี พบว่า โดยส่วนใหญ่ดำเนินการได้ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก กิจกรรมที่ไม่ได้ตามมาตรฐาน คือ มีเครื่องวัดความยาว/ส่วนสูง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

การตรวจภาวะซีด การวัดความดันโลหิต การตรวจการได้ยิน การตรวจวัดสายตา และการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดยมีสิ่งที่ควรปรับปรุงจากที่ผู้วิจัยพบที่คลินิก รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละการดำเนินการตามมาตรฐานคลินิกเด็กสุขภาพดีของผู้ให้บริการ (n = 21)

มาตรฐาน	การดำเนินการ				
	ได้ตามมาตรฐาน		ไม่ได้มาตรฐาน		สิ่งที่พบจากการวิจัย (ณ วันเก็บข้อมูล)
	n	%	n	%	
1. มีกรอบแนวคิด นโยบาย เป้าหมาย และการพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพเด็กดี ที่นำเสนอเป็นลายลักษณ์อักษร	20	95.24	1	4.76	ภาพหรือนโยบายไม่เป็นปัจจุบัน
2. สถานที่ให้บริการเหมาะสม					
2.1 ห้องตรวจร่างกาย/คัดกรองสุขภาพเด็ก/ตรวจพัฒนาการเด็ก	19	90.48	2	9.52	การจัดสรรห้องไม่เป็นสัดส่วน
2.2 มุมส่งเสริมสุขภาพ ที่จัดเป็นสัดส่วนและมีสื่อแนะนำการใช้ประโยชน์จากมุมฯ อย่างครอบคลุมครบทุกองค์ประกอบ (โภชนาการ พัฒนาการ ฟัน)	20	95.24	1	4.76	ยังไม่ครอบคลุมครบทุกองค์ประกอบ (โภชนาการ พัฒนาการ ฟัน)
3. กระบวนการให้ความรู้ตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่					
3.1 มีสถานที่ให้ความรู้	19	90.48	2	9.52	มีห้องแต่ยังไม่เหมาะสม
3.2 มีอุปกรณ์ สื่อการสอน/แผนการสอน	18	85.71	3	14.29	สื่อไม่เป็นปัจจุบัน
3.3 รูปแบบการให้ความรู้เป็นแบบมีส่วนร่วมใน 3 ขั้นตอน (ขั้นนำ ขั้นสอนเนื้อหา ขั้นสรุป)	17	80.95	4	19.05	ไม่ครบ 3 ขั้นตอน
3.4 มีการประเมินผลหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่	18	85.71	3	14.29	ดำเนินการแต่ไม่ได้เก็บรวบรวมผลการประเมิน
3.5 สามี และญาติ มีส่วนร่วม	19	90.48	2	9.52	สามีมาส่งแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม
4. วัสดุ อุปกรณ์					
4.1 อุปกรณ์ประเมินการเจริญเติบโต	18	85.71	3	14.29	
4.2 มีเครื่องชั่งน้ำหนักมีความละเอียด 100 กรัม (0.1 กิโลกรัม) หรือมีจุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง และมีตุ้มมาตรฐาน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องชั่งน้ำหนัก	17	80.95	4	19.05	ที่ชั่งน้ำหนักไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีตุ้มมาตรฐานเทียบก่อนชั่ง

มาตรฐาน	การดำเนินการ				
	ได้ตามมาตรฐาน		ไม่ได้มาตรฐาน		สิ่งที่พบจากการวิจัย (ณ วันเก็บข้อมูล)
	n	%	n	%	
4.3 มีเครื่องวัดความยาว/ส่วนสูงมีความละเอียด 0.1 ซม. ตัวเลขเรียงต่อกัน และมีไม้ฉากสำหรับวัดค่าความยาว/ส่วนสูง รวมถึงเครื่องวัดความยาว สำหรับ เด็กต่ำกว่า 2 ปีและเครื่องวัดส่วนสูง สำหรับเด็กอายุมากกว่า 2 ปี	9	42.86	12	57.14	ที่วัดความยาวความสูงไม่ได้มาตรฐาน มีความละเอียด 1 ซม. และไม่มีไม้ฉาก
4.4 มีสายวัดรอบศีรษะ เป็นสายวัดที่ไม่ยืดไม่หด และสามารถโค้งงอแนบไปตามร่างกาย มีความกว้างประมาณ 0.6 – 1 ซม. มีความละเอียด 0.1 ซม. และตัวเลขเรียงกัน	21	100	0	0	บางอันแห้งกรอบและตัวเลขเลือนลาง
4.5 มีเครื่องมือประเมินพัฒนาการ	19	90.48	2	9.52	แต่ไม่ได้แยกตามวัยคัดกรอง 5 ช่วงวัย
4.6 มีแปรงสีฟัน และยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ประกอบการสอนแบบลงมือปฏิบัติ (hand on)	17	80.95	4	19.05	ไม่ได้สอนแบบลงมือปฏิบัติ (hand on)
5.การบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานบริการ					
5.1 มีสัดส่วนผู้ให้บริการ: ผู้รับบริการ 1:10-15 คน	17	80.95	4	19.05	
5.2 ผู้ให้บริการมีความรู้หรือผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก	20	95.24	1	4.76	
5.3 มีการกำหนดวันให้บริการและประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการรับทราบ - รพท.อย่างน้อย 1 ครั้ง / สัปดาห์ - รพศ. อย่างน้อย 1 ครั้ง / สัปดาห์ - รพช. อย่างน้อย 2 ครั้ง / เดือน - รพ.สต. อย่างน้อย 1 ครั้ง / เดือน	19	90.48	2	9.52	บางครั้งไม่ได้จัดตามวันปรับตามภารกิจของผู้ให้บริการและภาระงานของสถานบริการ
5.4 มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงของเด็กจากประวัติตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด	19	90.48	2	9.52	ดำเนินการแต่ยังไม่ต่อเนื่อง
5.5 มีแนวทางการเฝ้าระวังติดตามดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง	19	90.48	2	9.52	แนวทางไม่เป็นปัจจุบันและไม่เป็นตามระบบ
5.6 มีการตรวจร่างกายเด็ก และตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจร่างกายทั่วไป	17	80.95	4	19.05	ขึ้นกับความยินยอมของเด็กและญาติ

มาตรฐาน	การดำเนินการ				
	ได้ตามมาตรฐาน		ไม่ได้มาตรฐาน		สิ่งที่พบจากการวิจัย (ณ วันเก็บข้อมูล)
	n	%	n	%	
- ตรวจภาวะซีด (Hct/Hb) ในเด็กอายุ 6-12 เดือน และ 3-4 ปี	6	28.57	15	71.43	ขึ้นกับการร่วมมือของเด็กและญาติ ไม่มีเครื่องปั่น
- วัดความดันโลหิต (อายุ 4 ปี)	5	23.81	16	76.19	ไม่มีผ้าพันแขนของเด็ก
- ตรวจการได้ยิน (แรกเกิด – 3 เดือน)	10	47.62	11	52.38	บางแห่งไม่มีเครื่องตรวจ
- ตรวจวัดสายตา (อายุ 3-4 ปี)	4	19.05	17	80.95	ไม่ได้ดำเนินการ และบางแห่งไม่มีแผ่นตรวจ
6. การให้บริการโภชนาการในเด็กทุกคน					
6.1 มีการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กเป็นรายบุคคล	20	95.24	1	4.76	
6.2 มีการจุดกราฟการเจริญเติบโต เป็นรายบุคคล ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	18	85.71	3	14.29	
6.3 มีการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กทุกคน ตามช่วงอายุ	19	90.48	2	9.52	บางที่ทำเฉพาะเด็กที่มีปัญหาการเจริญเติบโต
6.4 มีการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ทุกราย	13	61.90	8	38.10	จ่ายยาแต่ไม่ต่อเนื่อง
6.5 มีการให้คำแนะนำทางโภชนาการตามภาวะการเจริญเติบโตของเด็กเป็นรายบุคคล	20	95.24	1	4.76	
7. การส่งเสริมพัฒนาการ					
7.1 มีการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กทุกรายตามช่วงอายุที่มารับบริการ	20	95.24	1	4.76	
7.2 มีการคัดกรองพัฒนาการเด็ก อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน	21	100	0	0	
7.3 มีการให้การช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ ตามแผนผังการดูแลเฝ้าระวังคัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-6 ปี ในคู่มือ DSPM/DAIM และคู่มืออื่น ๆ เช่น TEDA4I	20	95.24	1	4.76	แนวทางบางแห่งไม่เป็นปัจจุบัน และไม่เป็นตามระบบการส่งต่อ
8.การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน					
8.1 มีการตรวจสุขภาพช่องปากและประเมินความเสี่ยงฟันผุโดยทันตบุคลากร/บุคลากรสาธารณสุข	18	85.71	3	14.29	

มาตรฐาน	การดำเนินการ				
	ได้ตามมาตรฐาน		ไม่ได้มาตรฐาน		สิ่งที่พบจากการวิจัย (ณ วันเก็บข้อมูล)
	n	%	n	%	
8.2 มีการฝึกพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กแปรงฟันให้เด็กแบบลงมือปฏิบัติ (hand on)	17	80.95	4	19.05	ไม่ได้สอนแบบลงมือปฏิบัติ (hand on)
8.3 มีการทาฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงในกลุ่มเสี่ยง	19	90.48	2	9.52	
9. มีการเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง	20	95.24	1	4.76	
10. มีการให้วัคซีนป้องกันโรคตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับวัคซีน	21	100	0	0	
11. มีบริการเชิงรุกในชุมชน เช่น จัดบริการเคลื่อนที่หรือจัดนอกสถานที่ มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ /ประชาสัมพันธ์ มีนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหา และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายเด็กที่มีภาวะเสี่ยง/ไม่มาตามนัด	19	90.48	2	9.52	
12. มีการส่งต่อข้อมูลสุขภาพและระบบการติดตามกลุ่มเป้าหมายโดยใช้กลไกของอสม. หรืออื่น ๆ ในชุมชน	20	95.24	1	4.76	
13. มีข้อมูลและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก	19	90.48	2	9.52	ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน
14. มีการนำข้อมูลหรือตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงานมาใช้เฝ้าระวังหรือวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงพัฒนางาน	19	90.48	2	9.52	ขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงพัฒนางาน

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ผู้ให้บริการได้ให้ข้อเสนอแนะว่า วัสดุอุปกรณ์บางอย่างขาดมาตรฐานทั้งเครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูง มีการให้บริการฉีดวัคซีนและตรวจพัฒนาการวันเดียวกันทำให้การดูแลผู้รับบริการ ไม่ได้คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไป อบจ. พบว่า อุปกรณ์ยังไม่ได้มาตรฐาน งานที่ทำทำเฉพาะที่ได้เงินจาก สปสช. การสนับสนุนเวชภัณฑ์ วิชาการ จาก รพ.แม่ข่าย ระหว่างการถ่ายโอนยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ตัวชี้วัดที่ รพ.สต.ต้องทำค่อนข้างเยอะจึงไม่ครอบคลุมทุกประเด็น การสนับสนุนทั้งอุปกรณ์และความรู้ทางวิชาการยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากการถ่ายโอนอยากให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพ การตรวจพัฒนาการ การสนับสนุนคู่มือ DSPM/DAIM

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

การจัดสรรคนหรือการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ ควรมีระยะเวลาที่เหมาะสม เพราะบางครั้งกำลังจะเชี่ยวชาญกลับโดนเปลี่ยนงาน

ผู้รับบริการ เขตสุขภาพที่ 7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 42.40 ปี น้อยที่สุด 22 ปี มากที่สุด 62 ปี มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นแม่ ร้อยละ 68.57 ยาย ร้อยละ 20.00 และย่า ร้อยละ 11.43 เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กช่วงอายุ 9 เดือน-2 ปี ร้อยละ 51.43 และอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 48.57 การประเมินการได้รับบริการตามมาตรฐานคลินิกเด็กสุขภาพดี พบว่า ส่วนใหญ่เด็กอายุ 9 เดือน-2 ปี ได้รับบริการตามมาตรฐานคลินิกเด็กสุขภาพดี คือ การซักประวัติ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/วัดความยาว การวัดรอบศีรษะ การตรวจร่างกายทั่วไป วัคซีนตามช่วงวัย กิจกรรมที่ไม่ได้มาตรฐาน คือ การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน การเจาะเลือดภาวะซีด การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ การตรวจพัฒนาการ และส่วนใหญ่เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับบริการตามมาตรฐานคลินิกเด็กสุขภาพดี คือ การซักประวัติ การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง การตรวจร่างกายทั่วไป การเจาะเลือดภาวะซีด วัคซีนตามช่วงวัย กิจกรรมที่ไม่ได้มาตรฐาน คือ การตรวจระดับสายตา การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน การวัดความดันโลหิต การคัดกรองออทิสติก การประเมินความฉลาดทางอารณ์ การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และการตรวจพัฒนาการ

ความพึงพอใจต่อการรับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี

ความพึงพอใจต่อการรับบริการ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการในภาพรวม คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.52 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พึงพอใจเรื่องขั้นตอนการให้บริการและค่าใช้จ่ายในการมารับบริการมากที่สุด ความพึงพอใจเฉลี่ย 4.80 รองลงมา คือ เรื่องการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจเฉลี่ย 4.74 พึงพอใจเรื่องมุมส่งเสริมสุขภาพ (พัฒนาการ/ฟัน/โภชนาการ) น้อยที่สุด ความพึงพอใจเฉลี่ย 3.37 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (n = 35)

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ											
	Mean	S.D.	น้อยที่สุด		น้อย		ปานกลาง		มาก		มากที่สุด	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ความพึงพอใจภาพรวม	**4.52**	**0.48**										
1. ขั้นตอนการให้บริการ	4.80	0.47	0	0	0	0	1	2.86	5	14.29	29	82.85
2. ระยะเวลาการให้บริการ	4.60	0.55	0	0	0	0	1	2.86	12	34.29	22	62.85
3. ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการ	4.63	0.65	0	0	1	2.86	0	0	10	28.57	24	68.57
4. อุปกรณ์และเครื่องมือ	4.49	0.66	0	0	0	0	3	8.57	12	34.29	20	57.14

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ											
	Mean	S.D.	น้อยที่สุด		น้อย		ปานกลาง		มาก		มากที่สุด	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5. มุมส่งเสริมสุขภาพ (พัฒนาการ/ฟัน/ โภชนาการ)	3.37	0.85	8	22.86	2	5.71	7	20.00	5	14.29	13	37.14
6. การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่	4.63	0.55	0	0	0	0	1	2.86	11	31.43	23	65.71
7. การให้บริการของเจ้าหน้าที่	4.74	0.66	0	0	1	2.86	1	2.86	4	11.43	29	82.85
8. ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ	4.80	0.47	0	0	0	0	2	5.71	5	14.29	28	80.0
9. สถานที่มีความเหมาะสม	4.63	0.60	0	0	0	0	2	5.71	9	25.72	24	68.57

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ผู้รับบริการได้ให้ข้อเสนอแนะว่า สถานที่ให้บริการไม่เป็นสัดส่วน อยากให้มีห้องตรวจพัฒนาการที่ชัดเจน การตรวจฟันและการตรวจซีดไม่ค่อยได้ตรวจ อยากให้ห้องตรวจฟันใกล้กับคลินิก ควรตรวจพัฒนาการจริงไม่ใช่การสอบถาม อยากให้มีมุมเล่นของเด็กระหว่างรอฉีดวัคซีน

สรุปผลการวิจัย

การประเมินคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 7 ส่วนใหญ่ดำเนินการได้ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการ พึงพอใจเรื่องขั้นตอนการให้บริการและค่าใช้จ่ายในการมารับบริการมากที่สุด รองลงมา คือ เรื่องการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และพึงพอใจเรื่องมุมส่งเสริมสุขภาพ(พัฒนาการ/ฟัน/โภชนาการ) น้อยที่สุด และการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผลต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

อภิปรายผลการวิจัย

การประเมินคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 7 ส่วนใหญ่ดำเนินการได้ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก กิจกรรมที่ดำเนินการไม่ได้ตามมาตรฐาน คือ มีเครื่องวัดความยาว/ส่วนสูงที่ได้มาตรฐาน การตรวจภาวะซีด การวัดความดันโลหิต การตรวจการได้ยิน การตรวจวัดสายตา และการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และผู้รับบริการ

เด็กทั้ง 2 ช่วงวัยได้รับบริการตามมาตรฐานคลินิกเด็กสุขภาพดี สอดคล้องกับผลการวิจัยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตตรวจราชการที่ 10 และ 12 (เขตสุขภาพที่ 7 และ 8)[10] ที่พบว่า โดยส่วนใหญ่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินกิจกรรมได้ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และการจัดสถานที่ให้บริการคลินิกใช้พื้นที่เดียวกับคลินิกอื่น ร้อยละ 53.33 การบริหารจัดการ การจัดสรรงบประมาณ การบริหารวัสดุ อุปกรณ์ และการจัดสรรสื่อในการจัดกิจกรรมคลินิกสุขภาพเด็กดี บุคลากรก็มีความเห็นว่า ไม่เพียงพอมากเกิน ร้อยละ 60.00 ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการจากผลการวิจัยนี้

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผลต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก เรื่องนโยบาย การสนับสนุนงบประมาณและเครื่องมือการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ระหว่างการถ่ายโอนยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้ส่งผลต่อการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีไม่ได้ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ผลการดำเนินงานเรื่องพัฒนาการเด็กและสูงดีสมส่วน หรือในหลายๆ ด้านทางสุขภาพในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขลดลงอย่างชัดเจน[11] สอดคล้องกับการสรุปบทเรียน และติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอน สถานีอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[12] ความพึงพอใจและผลกระทบภายหลังการถ่ายโอน[13] ที่พบว่า ทุกพื้นที่ที่ถ่ายโอนสถานีอนามัยไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดยังติดขัดในเรื่องระยะเวลาที่กระชั้นชิด มีผลให้การตั้งรับการบริหารจัดการงาน เงิน คน วัสดุแตกต่างกัน ด้านการบริหารจัดการงาน เงิน บุคลากร ทรัพย์สิน วัสดุ ยาและเวชภัณฑ์ไม่ราบรื่น เนื่องจากยังไม่ชัดเจนในกฎระเบียบ และประเด็นการสนับสนุนเวชภัณฑ์ วิชาการจาก รพ.แม่ข่าย ระหว่างการถ่ายโอนยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน จากก่อนการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จะสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มี รพ.แม่ข่าย คือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ช่วยกำกับติดตามและสนับสนุนการดำเนินงาน แต่หลังจากถ่ายโอนสังกัดต่างกระทรวงส่งผลให้เกิดช่องว่างในการดำเนินงาน ผลกระทบทางลบจากการถ่ายโอนเกิดจากการไม่สามารถนิเทศติดตามประเมินผลการบริการตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดได้ เนื่องจากเป็นหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข[13]

ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีของผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการในภาพรวม คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.52 พึงพอใจเรื่องขั้นตอนการให้บริการและค่าใช้จ่ายในการมารับบริการมากที่สุด รองลงมา คือ เรื่องการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และพึงพอใจเรื่องมุมส่งเสริมสุขภาพ(พัฒนาการ/ฟัน/โภชนาการ) น้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินคุณภาพการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กที่พบว่า ส่วนใหญ่

ให้บริการได้ตามมาตรฐานจึงทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเรื่องขั้นตอนการให้บริการ การให้บริการของเจ้าหน้าที่ และที่ไม่พึงพอใจเรื่องมุมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด เพราะยังไม่ครอบคลุมครบทุกองค์ประกอบ (โภชนาการ พัฒนาการ ฟัน) มีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีของผู้รับบริการที่ว่า สถานที่ให้บริการไม่เป็นสัดส่วน อยากให้มีห้องตรวจพัฒนาการที่ชัดเจน อยากให้มีมุมเล่นของเด็กระหว่างรอฉีดวัคซีน อยากให้มีมุมให้ความรู้และจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ซึ่งสัมพันธ์กับผลการวิจัยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตตรวจราชการที่ 10 และ 12 (เขตสุขภาพที่ 7 และ 8)[10] ที่พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับบริการที่คลินิกครบถ้วนทุกกิจกรรม มากกว่าร้อยละ 80 ความพึงพอใจต่อคลินิกมีความพึงพอใจระดับมากเกือบทุกเรื่อง และมีความพึงพอใจในระดับปานกลางในเรื่องอุปกรณ์การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. คลินิกเด็กสุขภาพดีทุกแห่งควรจัดบริการที่ได้คุณภาพตามมาตรฐาน การจัดบริการไม่ได้ตามมาตรฐาน เรื่องการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก การตรวจภาวะซีด การตรวจคัดกรองพัฒนาการฯ ควรส่งเสริมให้เด็กได้รับ เพราะเป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่เด็กควรได้รับ หากไม่มีบริการควรแนะนำแหล่งบริการที่มีการจัดบริการแก่ผู้เลี้ยงดูหรือให้คำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัย

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกเป็นเรื่องที่สำคัญ ระบบการสอนงานการเป็นพี่เลี้ยง และการหมุนเวียนบุคลากรต้องมีระบบการส่งมอบงานที่เป็นระบบ

3. กระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด และหน่วยงานหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ควรหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการถ่ายโอนที่ส่งผลต่อการดำเนินงานในพื้นที่ ไม่มองเรื่องต่างสังกัด ให้ร่วมมือกันในการทำงานโดยคำนึงถึงผู้รับบริการในพื้นที่ และกระทรวงสาธารณสุขควรทบทวนมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญ กำหนดมาตรการ และกิจกรรมหลักที่ต้องปฏิบัติเพื่อนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือในการดำเนินการในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 7 ขอขอบคุณผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยทุกคนที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และให้ความร่วมมือในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สมัย ศิริทองถาวร. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี สำหรับผู้ปกครอง [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันพัฒนาเด็ก ราชนครินทร์กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaichilddevelopment. com/ images/ doc/Ebook1.pdf
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 -2579). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2560.
3. กระทรวงสาธารณสุข. การบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-6 ปี) พ.ศ. 2565 - 2569. [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hp. anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/download/? did=209144 &id=91630&reload=.
4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. จำนวนเกิดในไทยดิ่งต่ำ ตายแตะปีละ 6 แสน น่าใจหาย ผู้หญิงมีลูกเฉลี่ย 1.1 คน. [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thairath. co.th/scoop/ the issue/2605361
5. ศุทธิดา ชวนวัน และปราโมทย์ ประสาทกุล. ขนาดประชากรที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย. วารสารประชากรศาสตร์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2563; 36(1): 1-18.
6. จินตนา พัฒนพงศ์ธร และวันวิสาห์ แก้วแข็งขัน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/Malulee001.pdf
8. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก. [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://cpho.moph.go.th/system_ ssj_ebook/pdf/2016-03/cphbook_2_32741.pdf
9. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. การประเมินตนเองของโรงพยาบาลตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กในปีงบประมาณ 2565. [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://mchlisthailand. anamai.moph.go.th

10. กรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์, พงศ์สุรางค์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา, อรพินท์ ภาคภูมิ และธัญวลัย พิตรพิบูลโภคิน. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในคลินิกเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตการสาธารณสุขที่ 10 และ 12. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ขอนแก่นการพิมพ์; 2558.
11. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565 รอบที่ 2. [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_docth/2022-10-17-03-18-10.pdf
12. สมพันธ์ เตชะอธิก และพะเยาว์ นาคำ. สรุปบทเรียน และติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2552; 3(1): 113-130.
13. วิไลลักษณ์ ทิวากรกฎ. ความพึงพอใจและผลกระทบภายหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านทันตสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปรก จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2565; 41(4): 437-448.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและการติดนิโคติน ในผู้สูบบุหรี่จังหวัดเชียงราย

CORRELATION BETWEEN CAFFEINATED BEVERAGE CONSUMPTION AND NICOTINE DEPENDENCE IN CHIANG RAI SMOKERS

Received: March 06, 2024
Revised: August 12, 2024
Accepted: August 18, 2024

อ้อมขวัญ ทิมินกุล[1], ธนัชชา ยีโกบ[1], อทิตยา ขันคำ[1], ปิยมาภรณ์ อนันต์ศุภมงคล[1], นนทนัตถ์ สถาพร[1*]

Aomkhwan Timinkul[1], Thanadcha Yeekob[1], Atitaya khankham[1], Piyamaporn Anansuphamongkol[1], Nontanat Sathaporn[1*]

บทคัดย่อ

การบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนส่งผลให้ติดนิโคตินมากขึ้นในผู้ที่สูบบุหรี่ จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีการปลูกชาและกาแฟมากที่สุดในประเทศไทย และมีผู้สูบบุหรี่เป็นร้อยละ 12.61 ของจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองเพิ่มขึ้น การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และคะแนนการติดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่ จำนวน 310 คน อายุเฉลี่ย 29.59 ± 11.71 ปี โดยใช้แบบทดสอบการติดสารนิโคติน และแบบสอบถามการบริโภคเครื่องดื่นที่มีคาเฟอีน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิสหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล

ผลการศึกษา พบว่า จำนวนประเภทของเครื่องดื่มคาเฟอีนที่อาสาสมัครเลือกบริโภคมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับคะแนนการติดนิโคตินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.184$, p-value < 0.01) และจำนวนวันที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคะแนนการติดนิโคตินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.129$, p-value < 0.05) และคะแนนการติดนิโคตินมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ส่วนสูง สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุด

การศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้สูบบุหรี่ที่บริโภคเครื่องดื่มคาเฟอีนประเภทเดิมเป็นประจำ และมีจำนวนวันที่บริโภคต่อสัปดาห์เพิ่มมากขึ้นอาจส่งผลให้ติดนิโคตินมากขึ้น

คำสำคัญ: การสูบบุหรี่, คาเฟอีน, กาแฟ, บุหรี่, นิโคติน

[1] สาขาวิชากายภาพบำบัด สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Department of Physical Therapy, School of Integrative Medicine, Mae Fah Luang University

*Corresponding author E-mail: nontanat.sat@mfu.ac.th

Abstract

The consumption of caffeinated beverages has been found to increase nicotine dependence in smokers. Chiang Rai province, the largest producer of tea and coffee in Thailand, has a smoking rate of 12.61% among individuals aged 15 and above, with rising exposure to secondhand smoke. This study aims to investigate the correlation between caffeinated beverage consumption and nicotine dependence scores among 310 smokers, with an average age of 29.59 ± 11.71 years. Data were collected using questionnaires, which included the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and caffeinated beverage consumption habits. The data were analyzed using descriptive statistics, Spearman rank correlation coefficient, and Biserial correlation coefficient.

The results indicated a low negative correlation between the variety of caffeinated beverages consumed and nicotine dependence scores, which was statistically significant ($r = -0.184$, p-value < 0.01) and the number of days per week that caffeinated beverages were consumed had a low positive correlation with nicotine dependence scores ($r = 0.129$, p-value < 0.05). Nicotine dependence scores were also correlated with personal factors such as sex, age, height, marital status, and educational level.

In conclusion, smokers who consistently consume the same type of caffeinated beverages and increase the frequency of consumption per week may experience higher nicotine dependence.

Keywords: Smoking, Caffeine, Coffee, Cigarette, Nicotine

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตกว่า 8 ล้านคนต่อปี โดยประชากรมากกว่า 7 ล้านคน เสียชีวิตจากการใช้ยาสูบโดยตรง ในขณะที่ 1.2 ล้านคน เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง[1] ประชากรผู้ชายมากกว่า 1 พันล้านคน และผู้หญิง 250 ล้านคน มีการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งเป็นจำนวนประมาณ 23% ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก[2] ในประเทศไทย พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน โดยการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้องรังตามมามากมาย เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคปอด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่แย่ลง และค่าใช้จ่ายในบริการสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น[3,4]

สารนิโคติน (Nicotine) เป็นองค์ประกอบหลักของบุหรี่ที่ทำให้เกิดการเสพติดโดยออกฤทธิ์ผ่านเส้นทางโดปามีน (Dopaminergic pathway) ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้ที่สูบบุหรี่เกิดความพึงพอใจผ่านทางระบบประสาทส่วนกลาง และต้องการสูบเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการออกฤทธิ์ในเส้นทางเดียวกับสารคาเฟอีน (Caffeine) [5,6] ผู้ที่สูบบุหรี่จึงมักมีแนวโน้มที่จะบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่[7] อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า การบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนยังส่งผลให้มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 55% ในช่วงที่มีการบริโภคคาเฟอีน[8] นอกจากนี้ Fagan และคณะในปี 2020 ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นแคนาดาอายุระหว่าง 13-17 ปี[9] โดยพบว่า ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะเครื่องดื่มชูกำลัง ปัจจัยส่งเสริมดังกล่าวอาจเนื่องมาจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนร่วมกับมีการสูบบุหรี่จะกระตุ้นการทำงานของร่างกายได้เร็วขึ้น[10,11] จึงทำให้ผู้ที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น และในผู้สูบบุหรี่บางรายอาจพบว่า การบริโภคคาเฟอีนทำให้มีความอยากสูบบุหรี่มากขึ้นได้เช่นกัน[12] ผลกระตุ้นของคาเฟอีนและสารนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์คล้ายคลึงกัน จึงมีแนวโน้มที่จะถูกใช้โดยบุคคลเดียวกัน[13]

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีอัตราการปลูกชาและกาแฟมากที่สุดในประเทศไทย[14] จึงมีแนวโน้มในการซื้อผลิตภัณฑ์จากชาและกาแฟซึ่งเป็นเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนสูงได้ง่าย อีกทั้งรายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ.2564 เชียงรายมีอัตราการบริโภคยาสูบเป็นร้อยละ 12.61 ของจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านอย่างน้อยเดือนละครั้งมีลำดับเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2560[15] นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่า จังหวัดเชียงรายมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้องรังมากที่สุดติดอันดับ 1 ใน 8 ของจังหวัดในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย[16] ซึ่งปัจจัยหลักส่วนหนึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและการติดนิโคตินในประชากรวัยผู้ใหญ่ที่

สูบบุหรี่ในจังหวัดเชียงราย ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและการติดนิโคตินของประชากรที่สูบบุหรี่ในจังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและคะแนนการติดนิโคตินของประชากรที่สูบบุหรี่ในจังหวัดเชียงราย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) เก็บข้อมูลการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2564 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2565 โดยคัดกรองอาสาสมัครตามเกณฑ์การคัดเข้าจากประชากรที่สูบบุหรี่ในจังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครเป็นผู้สูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงรายอย่างน้อย 1 ปี มีอายุระหว่าง 18-60 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ทั้งการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน เกณฑ์คัดออก ได้แก่ อาสาสมัครไม่ประสงค์ให้ข้อมูลในแบบสอบถามงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร จำนวน 9 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ โรคประจำตัว ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการติดสารนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, FTND) ฉบับแปลภาษาไทยโดยเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ จำนวน 6 ข้อ คะแนนรวม 10 คะแนน และแบ่งระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินเป็น 4 ระดับ ประกอบไปด้วย คะแนน 0-3 ติดนิโคตินในระดับต่ำ คะแนน 4-5 ติดนิโคตินระดับปานกลาง คะแนน 6-7 ติดนิโคตินในระดับสูง และคะแนน 8-10 ติดนิโคตินในระดับสูงมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการบริโภคเครื่องดื่นที่มีคาเฟอีน จำนวน 14 ข้อ ประกอบไปด้วย ชนิดของเครื่องดื่มที่บริโภค ความถี่ในการบริโภคต่อสัปดาห์ ปริมาณที่บริโภคต่อวัน ระดับความหวานที่บริโภค ความรู้สึกหากไม่ได้บริโภค และได้บริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญให้มีความตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน โดยได้ค่าแอลฟา 0.712

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov Test วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการติดนิโคติน พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และปัจจัยส่วนบุคคลด้วยค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์เชิงอันดับสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (Biserial correlation coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 20.0 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง รหัสโครงการเลขที่ EC 21185-25 โดยผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์งานวิจัยในประชากรจังหวัดเชียงราย หลังจากอาสาสมัครลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลแบบสอบถาม โดยชี้แจงที่มาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ และรายละเอียดของแบบสอบถามให้อาสาสมัครทราบ หลังจากนั้นจะให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยในข้อคำถามสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดช่วงการเก็บข้อมูล โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีอาสาสมัครเป็นผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงรายเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 310 คน อายุเฉลี่ย 29.59 ± 11.71 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 69.95 ± 14.92 กิโลกรัม และส่วนสูงเฉลี่ย 170.26 ± 6.78 เซนติเมตร โดยอาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.26 สถานภาพโสด ร้อยละ 74.16 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.28 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 43.07 อาชีพส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 42.90 และรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 88.71 ดังแสดงในตารางที่ 1

ด้านข้อมูลการสูบบุหรี่ พบว่า อาสาสมัครมีคะแนนการติดนิโคตินด้วย FTND เท่ากับ 2.68 ± 2.30 คะแนน เมื่อจำแนกตามระดับความรุนแรงของการติดนิโคติน พบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่ของการศึกษาครั้งนี้ติดนิโคตินในระดับต่ำ ร้อยละ 60.97 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการศึกษา (จำนวน 310 คน)

ตัวแปร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	278	89.68
	หญิง	32	10.32
สถานภาพสมรส	โสด	240	77.42
	สมรส	72	23.23
โรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว	77	21.72
	ไม่มีโรคประจำตัว	209	78.28
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	29	9.35
	มัธยมศึกษา	130	41.94
	ปริญญาตรีขึ้นไป	151	48.71
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา	133	42.90
	ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	27	8.71
	พนักงานบริษัทเอกชน	24	7.74
	ธุรกิจส่วนตัว	22	7.10
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	2.58
	อื่นๆ	96	30.97
รายได้ต่อเดือน	ต่ำกว่า 15,000 บาท	35	11.29
	สูงกว่า 15,000 บาท	275	88.71

ตารางที่ 2 ระดับการความรุนแรงของการติดนิโคติน (N=310 คน)

ระดับความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (คะแนน 0-3)	189	60.97
ระดับปานกลาง (คะแนน 4-5)	80	25.81
ระดับสูง (คะแนน 6-7)	37	11.97
ระดับสูงมาก (คะแนน 8-10)	4	1.29
รวม	310	100

ด้านข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน พบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่นิยมบริโภคกาแฟ ร้อยละ 32.87 รองลงมาเป็นน้ำอัดลมสีดำ ชา และเครื่องดื่มชูกำลัง ตามลำดับ โดยเลือกจำนวน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

บริโภคคนละ 1 ประเภท ร้อยละ 47.10 บริโภคทุกวัน ร้อยละ 18.18 วันละ 1-2 แก้ว/กระป๋อง/ขวด ร้อยละ 49.30 ระดับความหวานของเครื่องดื่มอยู่ในระดับหวานน้อย 25% ร้อยละ 18.53 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (จำนวน310 คน)

พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน		จำนวน (ร้อยละ)
ประเภทของเครื่องดื่ม	น้ำอัดลมสีดำ	163 (28.50)
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	เครื่องดื่มชูกำลัง	110 (19.23)
	ชา	111 (19.41)
	กาแฟ	188 (32.87)
จำนวนประเภทของเครื่องดื่มที่เลือก	1 ประเภท	146 (47.10)
บริโภค	2 ประเภท	91 (29.35)
	3 ประเภท	48 (15.48)
	4 ประเภท	25 (8.06)
จำนวนวันที่บริโภคต่อสัปดาห์	1-2 วัน	100 (17.48)
	3-4 วัน	73 (12.76)
	5-6 วัน	33 (5.77)
	7 วัน	104 (18.18)
ปริมาณที่บริโภคต่อวัน	1-2 แก้ว/กระป๋อง/ขวด	282 (49.30)
	3-4 แก้ว/กระป๋อง/ขวด	21 (3.67)
	5-6 แก้ว/กระป๋อง/ขวด	3 (0.52)
	7-8 แก้ว/กระป๋อง/ขวด	1 (0.17)
	มากกว่า 8 แก้ว/กระป๋อง/ขวด	3 (0.52)
ระดับความหวานของเครื่องดื่ม	ไม่หวานเลย (0%)	73 (12.76)
	หวานน้อย (25%)	106 (18.53)
	หวานปานกลาง (50%)	73 (12.76)
	หวานปกติ (100%)	51 (8.92)
	หวานมากกว่าปกติ (>100%)	7 (1.22)

ในด้านของความรู้สึกหากไม่ได้บริโภคคาเฟอีน อาสาสมัครส่วนใหญ่จะไม่รู้สึกปวดหัว ร้อยละ 87.74 ไม่รู้สึกไม่สบาย ร้อยละ 87.42 ไม่รู้สึกกังวล ร้อยละ 81.94 ไม่รู้สึกเศร้า ร้อยละ 89.68 ไม่รู้สึกว่าไม่สามารถทำงานได้ ร้อยละ 89.35 และไม่รู้สึกว่าอยากดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ร้อยละ 79.68 ถ้าหากได้บริโภคคาเฟอีน อาสาสมัครส่วนใหญ่จะรู้สึกตื่นตัวและกระปรี้กระเปร่า ร้อยละ 62.58 มีสมาธิทำงานได้เป็นเวลานานขึ้น ร้อยละ 53.23 ง่วงน้อยลง ร้อยละ 50.97 รู้สึกเป็นมิตร อารมณ์ดี และมีความสุขมากขึ้น ร้อยละ 52.26

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการติดนิโคตินกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนการติดนิโคตินด้วย FTND มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับจำนวนประเภทของเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.184$, p-value $= 0.001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับจำนวนวันที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนต่อสัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.129$, p-value $= 0.023$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการติดนิโคตินกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

ปัจจัย	คะแนน FTND	
	r	P-value
จำนวนประเภทของเครื่องดื่ม	-0.184[a]	0.001**
จำนวนวันที่บริโภคต่อสัปดาห์	0.129[a]	0.023*
ปริมาณที่บริโภคต่อวัน	0.088[a]	0.123
ระดับความหวานของเครื่องดื่ม	-0.087[a]	0.126

FTND = Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, r = Correlation coefficient, [a]Spearman rank correlation coefficient, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.01

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า คะแนนการติดนิโคตินด้วย FTND มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับเพศ ($r = -0.129$, p-value $= 0.036$) ส่วนสูง ($r = -0.119$, p-value $= 0.037$) และระดับการศึกษาสูงสุด ($r = -0.142$, p-value $= 0.012$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสถานภาพสมรส ($r = 0.213$, p-value $= 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการติดนิโคตินกับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัย	คะแนน FTND	
	r	p-value
เพศ	-0.129[b]	0.036*
อายุ	0.240[a]	0.001**
น้ำหนัก	-0.014[a]	0.813
ส่วนสูง	-0.119[a]	0.037*
สถานภาพสมรส	0.213[c]	0.001**
โรคประจำตัว	0.007[c]	0.901
ระดับการศึกษาสูงสุด	-0.142[a]	0.012*
รายได้ต่อเดือน	-0.005[a]	0.927

FTND = Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, r = Correlation coefficient, [a]Spearman rank correlation coefficient, [b]Point-biserial correlation coefficient, [c]Biserial correction coefficient, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.01

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนกับคะแนนการติดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่ในจังหวัดเชียงราย โดยเป็นผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 310 คน โดยอาสาสมัครส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงของระดับนิโคตินในระดับต่ำ ด้านการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน พบว่า อาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ที่มีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ได้แก่ น้ำอัดลมสีดำ เครื่องดื่มชูกำลัง ชา และกาแฟ เป็นประจำ โดยหากอาสาสมัครที่มีคะแนนการติดนิโคตินมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะบริโภคเครื่องดื่มที่มีต่อสัปดาห์เพิ่มขึ้นขึ้นและมีความหลากหลายในการเลือกประเภทของเครื่องดื่มลดลง แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับคะแนนการติดนิโคตินในอาสาสมัคร ได้แก่ เพศ อายุ ส่วนสูง สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุด

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ในครั้งนี้ พบว่า จำนวนวันที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับคะแนนการติดนิโคติน กล่าวคือ หากผู้ที่สูบบุหรี่มีจำนวนวันที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนต่อสัปดาห์เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม

การศึกษาในครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนต่อวัน และคะแนนการติดนิโคติน

ผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การบริโภคคาเฟอีนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการสูบบุหรี่ โดยผู้สูบบุหรี่ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมักมีการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น และหากจำนวนวันต่อสัปดาห์ในการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเพิ่มมากขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นได้[8,9] ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจจะเป็นไปตามกลไกของระบบการให้รางวัลของสมอง (Brain reward system) โดยจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าทั้งคาเฟอีนและนิโคตินออกฤทธิ์ผ่านเส้นทางโดปามีน (Dopaminergic pathway)[5,6] โดยเมื่อมีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน คาเฟอีนจะออกฤทธิ์ในการยับยั้งสารอะดีโนซีน (Adenosine) ทำให้มีการหลั่งสารโดปามีนเพิ่มขึ้น[6,17,18] ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและความรู้สึกเชิงบวก และเมื่อร่วมกับการสูบบุหรี่ สารนิโคตินจะจับกับตัวรับนิโคติน (Nicotinic acetylcholine receptor) ในสมองบริเวณเซลล์ประสาทโดปามีน (Dopaminergic neuron) กระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารโดปามีน และลดการดูดกลับของสารโดปามีนที่ปลายประสาท[19,20] เสริมฤทธิ์ของสารโดปามีนร่วมกับคาเฟอีนทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความรู้สึกพึงพอใจและเกิดความรู้สึกเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นไปในลักษณะการเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) ตามกลไกของสมอง ในทางกลับกัน การสูบบุหรี่ยังช่วยในการเผาผลาญคาเฟอีน ซึ่งอาจส่งผลให้การบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเพิ่มมากขึ้นไปอีก[8,9] แต่อย่างไรก็ตาม บางการศึกษา พบว่า การบริโภคกาแฟสามารถลดความหนักในการสูบบุหรี่ได้ การศึกษาของ Ware และคณะในปี 2017[21] พบว่า การบริโภคกาแฟอาจลดความหนักในการสูบบุหรี่จากการชะลอการเผาผลาญและยืดระยะเวลาการขจัดนิโคติน ส่งผลให้ระดับนิโคตินหมุนเวียนต่อหน่วยบริโภคยาวนานขึ้น จึงทำให้ปริมาณการสูบบุหรี่จึงลดลง

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า จำนวนประเภทของเครื่องดื่มที่อาสาสมัครเลือกบริโภคมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคะแนนการติดนิโคตินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้สูบบุหรี่ที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนชนิดเดิมซ้ำๆ มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าว อาจเกี่ยวข้องกับกลไกการปรับตัวของระบบประสาท โดยเมื่อบริโภคเครื่องดื่มชนิดเดิมซ้ำๆ จะทำให้สมองได้คาเฟอีนที่ระดับเดิมเป็นระยะเวลานาน จนทำให้เกิดการดื้อโดยระบบประสาทจะลดการตอบสนองต่อคาเฟอีนในระดับนั้นๆ ลง และเกิดการหลั่งโดปามีนน้อยลง[22,23] ผู้ที่สูบบุหรี่จึงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มปริมาณการสูบบุหรี่ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจและอารมณ์ทางบวกมากขึ้น นอกจากนี้ การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวาน และคะแนนการติดนิโคติน แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Kearns และคณะในปี 2018[24] พบว่า การบริโภคนิโคตินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อมีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงในประชากรวัยหนุ่มสาว

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ ส่วนสูง สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุด มีความสัมพันธ์กับคะแนนการติดนิโคตินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนการติดนิโคตินมีแนวโน้มสูงขึ้นในอาสาสมัครเพศชาย ผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น ผู้ที่ส่วนสูงน้อยและผู้ที่สมรส ในทางตรงข้ามคะแนนการติดนิโคตินมีแนวโน้มที่จะลดลงเมื่ออาสาสมัครมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[25,26] และอาจมีอิทธิพลต่อผลการศึกษาความสัมพันธ์ในการศึกษาปัจจุบัน โดยพบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ส่วนสูงเฉลี่ย 170 เซนติเมตร มีสถานะโสด และจบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีขึ้นไป การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ อาสาสมัครในการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระดับความรุนแรงของการติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ จึงอาจทำให้พบความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนน้อย การศึกษาในครั้งถัดไปจึงอาจจึงอาจพิจารณาทำการศึกษาในผู้ที่มีความรุนแรงของการติดนิโคตินเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้กำหนดช่วงอายุที่กว้าง อีกทั้งอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การศึกษาครั้งถัดไปจึงอาจหาความสัมพันธ์ของการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนในกลุ่มอาสาสมัครที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจทำให้พบระดับความสัมพันธ์ที่เพิ่มมากขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะอาสาสมัครในจังหวัดเชียงรายและมีจำนวนอาสาสมัครค่อนข้างน้อย การศึกษาในครั้งถัดไปจึงอาจทำการศึกษาในประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและครอบคลุมพื้นที่ประชากรในภาคเหนือที่มีปริมาณการปลูกชาและกาแฟค่อนสูง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านทางเครือข่ายกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาในการพิจารณาตรวจแบบสอบถาม และขอขอบคุณอาสาสมัครทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025. 4th, editor. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Nardiello C, Morty RE. World health observances in September 2020: sepsis, the lung and heart, and pulmonary fibrosis in focus. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. 2020;319(3): 513-7.

3. Parmar MP, Kaur M, Bhavanam S, Mulaka GSR, Ishfaq L, Vempati R, et al. A Systematic Review of the Effects of Smoking on the Cardiovascular System and General Health. Cureus. 2023; 15(4): 1-11.
4. Pittayarangsarit S, Garg RM, Khunsri S, Thepsit S, Panmung N, Apinya T. Situation on NCDs Prevention and Control in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018.
5. Rose JE, Behm FM. Psychophysiological interactions between caffeine and nicotine. Pharmacology Biochemistry and Behavior. 1991; 38(2): 333-7.
6. Napierala M, Bogusiewicz J, Enko J, Florek E. Nicotine and caffeine: influence on dopaminergic transmission. Przegl Lek. 2016; 73(10): 791-4.
7. Treloar HR, Piasecki TM, McCarthy DE, Baker TB. Relations Among Caffeine Consumption, Smoking, Smoking Urge, and Subjective Smoking Reinforcement in Daily Life. J Caffeine Res. 2014; 4(3): 93-9.
8. Shiffman S, Gwaltney CJ, Balabanis MH, Liu KS, Paty JA, Kassel JD, et al. Immediate antecedents of cigarette smoking: an analysis from ecological momentary assessment. J Abnorm Psychol. 2002; 111(4): 531-45.
9. Fagan MJ, Di Sebastiano KM, Qian W, Leatherdale S, Faulkner G. Coffee and cigarettes: Examining the association between caffeinated beverage consumption and smoking behaviour among youth in the COMPASS study. Prev Med Rep. 2020; 19: 1-8.
10. Brown CR, Jacob P, 3rd, Wilson M, Benowitz NL. Changes in rate and pattern of caffeine metabolism after cigarette abstinence. Clin Pharmacol Ther. 1988; 43(5): 488-91.
11. Swanson JA, Lee JW, Hopp JW, Berk LS. The impact of caffeine use on tobacco cessation and withdrawal. Addict Behav. 1997; 22(1): 55-68.
12. McClernon FJ, Westman EC, Rose JE, Lutz AM. The effects of foods, beverages, and other factors on cigarette palatability. Nicotine Tob Res. 2007; 9(4): 505-10.
13. Tanda G, Goldberg SR. Alteration of the behavioral effects of nicotine by chronic caffeine exposure. Pharmacol Biochem Behav. 2000; 66(1): 47-64.
14. สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดเชียงราย. ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดเชียงราย. เชียงราย: สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดเชียงราย; 2567.
15. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.

16. Janpipatpong T, Suchin K, Muangjai T. The Causal Factors that Affect to Non-communicate Diseases (NCDs) Prevention Behavior for Quality of Life in Northern Thai Local Community: Case Study of Mea Pao's Community, Phaya Mengrai District, Chiang Rai Province. Royal Thai Navy Medical Journal. 2021; 48(3).
17. Institute of Medicine; Food and Nutrition Board, Committee on Military Nutrition Research. Caffeine for the Sustainment of Mental Task Performance: Formulations for Military Operations. Washington DC: National Academy Press; 2001.
18. Rezvani AH, Sexton HG, Johnson J, Wells C, Gordon K, Levin ED. Effects of caffeine on alcohol consumption and nicotine self-administration in rats. Alcohol Clin Exp Res. 2013; 37(9): 1609-17.
19. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. Annu Rev Pharmacol Toxicol. 2009; 49: 57-71.
20. Ashok AH, Mizuno Y, Howes OD. Tobacco smoking and dopaminergic function in humans: a meta-analysis of molecular imaging studies. Psychopharmacology (Berl). 2019; 236(4): 1119-29.
21. Ware JJ, Tanner JA, Taylor AE, Bin Z, Haycock P, Bowden J, et al. Does coffee consumption impact on heaviness of smoking? . Addiction. 2017; 112(10): 1842-53.
22. Turnbull D, Rodricks JV, Mariano GF. Neurobehavioral hazard identification and characterization for caffeine. Regul Toxicol Pharmacol. 2016; 74: 81-92.
23. Shi D, Nikodijevic O, Jacobson KA, Daly JW. Chronic caffeine alters the density of adenosine, adrenergic, cholinergic, GABA, and serotonin receptors and calcium channels in mouse brain. Cell Mol Neurobiol. 1993; 13(3): 247-61.
24. Kearns CE, Lisha NE, Ling PM. Soda intake and tobacco use among young adult bar patrons: A cross-sectional study in seven cities. Prev Med Rep. 2018; 10: 195-9.
25. Jianvitayakij S, Panpakdee O, Malathum P, Duffy SA, Viwatwongkasem C. Factors Influencing Smoking Cessation Behavior among Thai Male Smokers with Hypertension. Pacific Rim Int J Nurs Res. 2014; 18(2): 100-10.
26. Chezhian C, Murthy S, Prasad S, Kasav JB, Mohan SK, Sharma S, et al. Exploring Factors that Influence Smoking Initiation and Cessation among Current Smokers. J Clin Diagn Res. 2015; 9(5): 8-12.

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

HEALTH BELIEF MODEL FOR PREVENTIVE BEHAVIOR OPISTHORCHIASIS AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN SUB-DISTRICT UBON RATCHATHANI PROVINCE

Received: May 06, 2024
Revised: August 03, 2024
Accepted: September 12, 2024

แก้วใจ มาลีลัย[1*] ,สิริสุดา วงษ์ใหญ่[1]
Kaewjai Maleelai[1*], Sirisuda Wongyai[1]

บทคัดย่อ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างต่อเนื่อง การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.60 อายุเฉลี่ย 56.51 ปี ตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิตรวจทุกปี ร้อยละ 66.70 ไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 88.10 มีประวัติการประทานอาหารดิบ ร้อยละ 59.50 และไม่เคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ร้อยละ 59.50 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ส่วนใหญ่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคระดับปานกลาง ร้อยละ 90.50 การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง ร้อยละ 56.00 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคระดับสูง ร้อยละ 81.00 และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคระดับต่ำ ร้อยละ 47.60 การอบรมส่งเสริมพัฒนา อสม. ให้มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีทำให้ อสม. สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีของบุคลากรทางด้านสุขภาพ และช่วยลดปัญหาความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิไม้ตับในชุมชนได้

คำสำคัญ: โรคพยาธิใบไม้ตับ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute
*Corresponding author E-mail: kaewjai@scphub.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

Opisthorchiasis remains an ongoing public health problem in the Northeastern region, Thailand. This cross-sectional study aimed to investigate health belief model related to opisthorchiasis prevention among village health volunteers (VHV). The study sample comprised 84 VHV from a sub-district in Warinchumrap, Ubon Ratchathani province. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics.

The findings revealed that the majority of VHV were females (78.60%) with an average age of 56.51 years. They reported annual stool examination for parasite eggs (66.70%) and had no history of opisthorchiasis infection (88.10%). However, 59.50% had a history of consuming raw food and 59.50% had never received training on opisthorchiasis prevention. Regarding health belief model, most VHV exhibited moderate perceived susceptibility (90.50%) and high perceived severity (56.00%). They also indicated high perceived benefits (81.00%) and low perceived barriers (47.60%) associated with opisthorchiasis prevention. Training programs are recommended to promote and develop strong health belief models among VHV. This will empower them to serve as effective role models for health personnel and ultimately contribute to reducing the risk of opisthorchiasis in their communities.

Keywords: Opisthorchiasis, Health Belief Model, Village Health Volunteers

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะประเทศไทย ลาว เวียดนามและกัมพูชา[1-4] ซึ่งมีประชาชนมากกว่า 10 ล้านคนติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini*[5] โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคติดเชื้อพยาธิที่ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเชื้อ *O. viverrini* ติดต่อทางการกินอาหารประเภทปลา ปู หรือกุ้งที่ดิบหรือกินแบบสุกๆ ดิบ[6] เชื้อ *O. viverrini* เมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะไปอาศัยอยู่ที่บริเวณทางเดินท่อน้ำดีของตับ ส่งผลให้เกิดอาการอักเสบแบบเรื้อรังของทางเดินท่อน้ำดีและตับ[7] และส่งผลในระยะยาวทำให้เกิดโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)[8] ประเทศไทยพบ รายงานของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดีค่อนข้างสูง และสูงเป็นอันดับต้นๆ ของโลก[9-11] ประชาชนประมาณ 8 ล้านคนของประเทศไทยพบรายงานการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ[12] ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีรายงานของประชาชนป่วยเป็นโรงมะเร็งทางเดินท่อน้ำดีสูง[13] ได้แก่ พื้นที่จังหวัดยโสธร นครราชสีมา นครพนม สกลนคร หนองคาย อุดรธานี และอุบลราชธานี[14-18] การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ซึ่งพบได้ทั่วไปโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท[19,20]

ในการแก้ไขปัญหาทางด้านสาธารณสุขนั้น หน่วยงานภาครัฐนำกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานนำมาใช้ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน โดยการเน้นหลักการการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของ ประชาชน มุ่งให้ประชาชนมีความสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยชุมชนเพื่อชุมชนได้อย่างยั่งยืน กำลังหลักที่มีส่วนร่วมสำคัญซึ่งความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่ง อสม. ส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย มีหน้าที่เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ วางแผนการประสานกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนให้บริการสุขภาพด้านต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งการบริการสาธารณสุขด้านต่างๆ ซึ่งมีเป้าหมายด้านสุขภาวะและส่งเสริมให้ประชาชนในสังคมอยู่ดีมีสุข[21] นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขไทยยังมีบทบาทหน้าที่ในการแนะนำเผยแพร่ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการติดตามช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสาธารณสุขต่างๆ และการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง[22] การได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน และการได้รับความไว้วางใจจากชุมชนในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม.[23]

ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้ในการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ คือ อสม. โดยศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค หาก อสม. มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีแล้ว โอกาสที่ประชาชนในชุมชนจะมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีตามไปนั้นย่อมดีเช่นกัน ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนลดปัญหาความเสี่ยงต่อการป่วยติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยเช่นกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการออกแบบกรอบแนวคิดการวิจัย โดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Perceived Barriers)

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) เก็บข้อมูลวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2566 จำนวน 136 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ อสม. ในพื้นที่ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ อสม. ที่ไม่มาในระหว่างการเก็บข้อมูลหลังจากติดตามไปแล้ว 3 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 84 คน คำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie and Morgan[24] ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วน

ของประชากร และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95%

สูตร $\mathbf{n} = \frac{x^2 \mathrm{NP}\,(1-\mathrm{p})}{e^2(N-1)+\mathrm{X}^2\,p\,(1-\mathrm{p})}$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1

และระดับความเชื่อมั่น 95% (x^2 = 3.841)

และ p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p = 0.5)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 75 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง โดยการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

โดยสูตร $\mathbf{n_{adj}} = \frac{n}{1-R}$

เมื่อ $\mathbf{n_{adj}}$ = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณตัวอย่าง

และ R = สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม (ร้อยละ 10 คือ 0.1)

ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากจากรายชื่อ อสม. โดยไม่ใส่คืน จนครบตามจำนวนที่คำนวณไว้ให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก วิธีการเข้ามาเป็น อสม. ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการประทานอาหารดิบ ประวัติบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวนทั้งหมด 49 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 2.1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 11 ข้อ มีคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด

การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์แบ่งตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best[25] คือ ค่าความกว้างอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้น อันตรภาคชั้นมีค่าเท่ากับ 1.33 เกณฑ์การแปลผลมีดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

ตอนที่ 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 14 ข้อ คำถามเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ 5 =มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์แบ่งตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best[25] คือ ค่าความกว้างอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้น อันตรภาคชั้นมีค่าเท่ากับ 1.33 เกณฑ์การแปลผลมีดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

ตอนที่ 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ คำถามเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์แบ่งตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best[25] คือ ค่าความกว้างอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้น อันตรภาคชั้นมีค่าเท่ากับ 1.33 เกณฑ์การแปลผลมีดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

ตอนที่ 2.4 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์แบ่งตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best[25] คือ ค่าความกว้างอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้น อันตรภาคชั้นมีค่าเท่ากับ 1.33 เกณฑ์การแปลผลมีดังนี้

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.97-1.00 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครที่มีบริบท และคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าเท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี SCPHUB I004/2566 รับรองวันที่ 26 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 25 เมษายน 2567 อาสาสมัครวิจัยสามารถถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัครวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่ออาสาสมัคร ข้อคำถามใดที่อาสาสมัครวิจัยรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่ยินดีให้ข้อมูลสามารถหลีกเลี่ยงข้อคำถามนั้นได้ การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.60 มีอายุสูงสุด 74 ปี อายุต่ำสุด 38 ปี อายุเฉลี่ย 56.51 ปี มีรายได้ต่อเดือนสูงสุด 50,000 บาท ต่ำสุด 600 บาท รายได้เฉลี่ย 5,676.19 บาท ระยะเวลาในการเป็น อสม. สูงสุด 40 ปี ต่ำสุด 1 ปี โดยเฉลี่ย 13.42 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 38.10 ประกอบอาชีพหลัก คือ เกษตร ร้อยละ 71.40 เข้ามาเป็น อสม. โดยได้รับการคัดเลือก ร้อยละ 67.90 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิตรวจทุกปี ร้อยละ 66.70 ไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 88.10 มีประวัติการประทานอาหารดิบ ร้อยละ 59.50 ไม่เคยมีบุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 96.40 และไม่เคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 59.50

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ภาพรวมระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับระดับปานกลาง ร้อยละ 90.50 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูง ร้อยละ 56.00 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูง ร้อยละ 81.00 และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับต่ำ ร้อยละ 47.60 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ		
สูง (คะแนน 3.68-5.00)	8	9.50
ปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67)	76	90.50
ต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)	0	0.00
Mean=2.10, S.D.= 0.295		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ		
สูง (คะแนน 3.68-5.00)	47	56.00
ปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67)	37	44.00
ต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)	0	0.00
Mean=2.56, S.D.=0.499		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
สูง (คะแนน 3.68-5.00)	68	81.00
ปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67)	15	17.90
ต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)	1	1.20
Mean=2.80, S.D.=0.433		
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
สูง (คะแนน 3.68-5.00)	11	13.10
ปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67)	33	39.30
ต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)	40	47.60
Mean=1.65, S.D.=0.703		

สรุปผลการวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.50 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.00 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.00 และด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 47.60

อภิปรายผลการวิจัย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) ของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง หากพิจารณารายข้อ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด คือ การกินปลาน้ำจืดประเภทที่มีเกล็ดแบบดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ มีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับค่อนข้างสูง รับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดโดยการย่างไม่สุกมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ผู้ที่เคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือตรวจพบพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดี แต่อย่างไรก็ตามมี อสม. จำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งมีประวัติการกินดิบ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจากประวัติข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า อสม. ร้อยละ 59.50 ไม่เคยฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้น ในภาพรวมของ อสม. ระดับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจึงอยู่ที่ระดับปานกลาง ซึ่ง อสม. บางส่วนไม่ทราบถึงโอกาสเสี่ยงในการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ มีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับค่อนข้างสูง ทำให้ อสม. ขาดองค์ความรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับดังกล่าว ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ Kaewpitoon et al[26] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดี ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูง

อสม. ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) ของโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูง หากพิจารณารายข้อ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ที่รับประทานปลาดิบแล้วมีภาวะตัวเหลือง ตาเหลือง ตับโต มีไข้ เป็นอาการเริ่มต้นของมะเร็งท่อน้ำดีในตับ ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม่ในตับซ้ำมีโอกาสเป็นมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี และผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี อสม. ส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง แสดงให้เห็นว่า อสม. ตระหนักถึงความรุนแรงของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ ฉัตรชัย คำดอกรับ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์[27] ที่พบว่าประชาชนอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับต่ำ

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของ อสม. พบว่า อยู่ระดับสูง แสดงให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่ทราบถึงประโยชน์ในการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. มากกว่าครึ่งเคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้ อสม. รับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ที่ อสม. รับรู้มากที่สุดจากแบบสอบถามรายข้อ คือ การรับประทานอาหารประเภทปลาที่สุกช่วยป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การปรุงอาหารเพื่อครอบครัวแบบสุก สะอาด ใหม่ ลดโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และการล้างมือด้วยสบู่หลังถ่ายอุจจาระทุกครั้งป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันตนเองเหล่านี้ส่งผลให้ อสม. ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ถึงแม้ อสม.บางส่วนมีประวัติการรับประทานอาหารดิบ แต่โดยภาพรวมส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรลดา ดีพร้อม และนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่[28] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โทษของการกินปลาดิบระดับสูง

การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากประชาชนในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดแบบสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลาดิบ ปลาร้า แจ่วบอง เป็นต้น แม้ประชาชนบางส่วนเคยได้รับความรู้เรื่องการบริโภคปลาดิบทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี แต่ยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดดิบเช่นเดิม[29] จึงทำให้พฤติกรรมการปฏิบัติเหล่านี้ไม่ใช่อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น หากมีบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันต้องกินปลาร้าดิบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการกินปลาร้าดิบได้ ด้วยวัฒนธรรมการกินอาหารหรือการนำปลาร้าดิบมาเป็นส่วนประกอบของอาหารของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้ อสม. ไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงการกินปลาร้าดิบได้เช่นกัน การป่วยติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเวลานานนั้น อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งทางเดินท่อน้ำดีในอนาคตได้ การอยู่ในสังคมที่มีผู้รับประทานปลาดิบ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับ เพราะทำให้ อสม. ต้องรับประทานปลาดิบไปด้วยเช่นกัน ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ Pamorn Darun et al[30] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนตำบลศรีสำราญ อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคสูงมะเร็งทางเดินท่อน้ำดีระดับสูง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งลดปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคโรคพยาธิใบไม้ตับของ อสม. เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

2. ส่งเสริมและพัฒนาให้ อสม. เป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพในการมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจาก อสม. เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ถูกเลือกจากประชาชนในชุมชนให้เป็นตัวแทนในการประสานงานปัญหาสุขภาพต่างๆ ของชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐ หากเป็นบุคคลต้นแบบมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคแล้วย่อมส่งผลให้ประชาชนในหมู่บ้านมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีตามไปด้วยเช่นกัน ช่วยลดปัญหาความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ทุนอุดหนุนสนับสนุนการทำวิจัยประจำปีงบประมาณ 2566 และขอขอบพระคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่สำหรับการวิจัย และขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Pengput A, Schwartz DG. Risk factors for *Opisthorchis viverrini* infection: A systematic review. J Infect Public Health 2020; 13(9): 1265-73.
2. Boondit J, Suwannahitatorn P, Siripattanapipong S, Leelayoova S, Mungthin M, Tan-Ariya P, et al. An epidemiological survey of *Opisthorchis viverrini* infection in a lightly infected community, eastern Thailand. Am J Trop Med Hyg 2020; 102(4): 838-43
3. Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P, Sripa B. *Opisthorchis viverrini*: the carcinogenic human liver fluke. World J Gastroenterol 2008; 14(5): 666-74.
4. Sripa B, Tangkawattana S, Laha T, Kaewkes S, Mallory FF, Smith JF, et al. Toward integrated opisthorchiasis control in northeast Thailand: The Lawa project. Acta Trop 2015; 141(Pt B): 361-67.
5. Saichua P, Sithithaworn P, Jariwala AR, Diemert DJ, Sithithaworn J, Sripa B, et al. Microproteinuria during *Opisthorchis viverrini* infection: a biomarker for advanced renal and hepatobiliary pathologies from chronic opisthorchiasis. PLoS Negl Trop Dis 2013; 7(5): e2228.
6. Center of Disease Control and Prevention. (2019). Liver Flukes. [Internet]. [cited 2024 January 25]. Available from: https://www.cdc.gov/parasites/liver_flukes/

7. Sripa B, Pairojkul C. Cholangiocarcinoma: lessons from Thailand. Curr Opin Gastroenterol 2008; 24(3): 349-56.
8. Chudthaisong N, Promthet S, Bradshaw P. Risk factors for *Opisthorchis viverrini* infection in Nong Khai province, Thailand. APJCP 2015; 16: 4593-96.
9. Hughes T, O'Connor T, Techasen A, Namwat N, Loilome W, Andrews RH, et al. Opisthorchiasis and cholangiocarcinoma in Southeast Asia: an unresolved problem. Int J Gen Med 2017; 10: 227-37.
10. Wattanayingcharoenchaia S, Nithikathkulb C, Wongsarojc T, Royald L, Reungsange P. Geographic information system of *Opisthorchis viverrini* in northeast Thailand. Asian Biomed 2011; 5(5): 687-91.
11. Andrews RH, Sithithaworn P, Petney TN. *Opisthorchis viverrini*: an underestimated parasite in world health. Trends in Parasitology 2008; 24(11): 497-501.
12. Sripa B, Bethony JM, Sithithaworn P, Kaewkes S, Mairiang E, Loukas A, et al. Opisthorchiasis and Opisthorchis-associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos. Acta Trop. 2011; 120 Suppl 1(Suppl 1): S158-68.
13. Xia J, Jiang S-c, Peng H-J. Association between liver fluke infection and hepatobiliary pathological changes: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 2015;10(7): e0132673.
14. Saengsawang P, Promthet S, Bradshaw P. Prevalence of OV infection in Yasothon province, northeast Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2012; 13(7): 3399-402.
15. Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Kaewpitoon N. Prevalence of *Opisthorchis viverrini* infection in Nakhon Ratchasima province, northeast Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2012; 13(10): 5245-49.
16. Chuangchaiya S, Navanesan S, Jaichuang S, Rahim MAFA, Idris ZM. Current prevalence of *Opisthorchis viverrini* infection and associated risk factors in Nakhon Phanom province, northeastern Thailand. Trop Biomed 2020; 37(4): 986-99.
17. Prakobwong S, Suwannatrai A, Sancomerang A, Chaipibool S, Siriwechtumrong N. A largescale study of the epidemiology and risk factors for the carcinogenic liver fluke *Opisthorchis viverrini* in Udon Thani province, Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2017; 18(10): 2853-60

18. Songserm N, Woradet S, Bureelerd O, Charoenbut P. Evaluation of Cholangiocarcinoma risk and its related factors in wetland Geographical communities of Ubon Ratchathani, Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2016; 17(4): 1811-5.

19. Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P. Ophistorchiasis in Thailand: Review and current status. World J Gastroenterol 2008; 14(15): 2297-02.

20. Srithai C, Chuangchaiya S, Jaichuang S, Idris ZM. Prevalence of *Opisthorchis viverrini* and its associated risk factors in the Phon Sawan District of Nakhon Phanom province, Thailand. Iran J Parasitol 2021; 16(3): 474-82.

21. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2560). คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. (ออนไลน์). สืบค้นจาก http://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2018/4/2219_5986.pdf

22. สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, สมตระกูล ราศิริ และธิติรัตน์ ราศิริ. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564; 7(2): 80-97.

23. นาถยา ขุนแก้ว, อารี บุตรสอน. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(3): 758-771.

24. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement. 30: 607-610.

25. Best, J. W., & Kahn, J. V. (1989). Research in education (6th Edition). Englewoods Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

26. Kaewpitoon S, Kaewpitoon S, Rujirakul R, Wakkuwattapong P, Benjaoran F, Norkaew, et al. Development of a health education modification program regarding liver flukes and Cholangiocarcinoma in high-risk areas of Nakhon Ratchasima province using self-efficacy and motivation theory. Asian Pac J Cancer Prev 2016; 17(6): 2947-51.

27. ฉัตรชัย คำดอกรับ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561; 21(3): 75-83.

28. ฉัตรลดา ดีพร้อม และนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2561; 8(1): 13-26.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

29. เพ็ญประภา แต้มงาม, สมปอง พะมุลิลา, นฤมล สาระคำ และศิรินยา อินแพง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 21(3): 74-85.

30. Pamorn Darun, Nittaya Klongkayun, Rattikan Darun, Arwut Boontien. Effect of Health Education on Health Perception and Preventive Health Behaviour of Populations at risk of Cholangiocarcinoma in Si Samran Subdistrict, Porncharoen District, Bueng Kan Province, Thailand. Matters of Behaviour 2019; 7(8): 1-5.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

A DEVELOPMENT OF NURSING MODEL TO DELAY PROGRESSION IN PATIENT WITH STAGE 3-4 CHRONIC KIDNEY DISEASE

Received: July 23, 2024
Revised: September 04, 2024
Accepted: September 23, 2024

ผาสุข สุตวัฒน์[1*], บังอร นาคฤทธิ์[1], เพ็ญศรี ละออ[1], สารนิติ บุญประสพ[2]
Phasuk Suttavat[1*], Bangaorn Nakrit[1], Pensri La-or[1], Saranit Boonprasop[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed methodology) ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Simultaneous qualitative/Quantitative design) เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง 5A เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 45 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 45 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติค่าทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมฯ เพื่อชะลอไตเสื่อมมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงด้านการบริโภคอาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการความเครียด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 และพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ลดลง ตัวชี้วัดทางคลินิก ค่าอัตราการกรองของไต eGFR ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาสามารถนำไปพัฒนาระบบบริการพยาบาลและการบริหารเชิงนโยบาย และขยายผลสู่หน่วยบริการเครือข่าย เพื่อติดตามกำกับให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังระยะ 3-4, การจัดการตนเอง 5A, ค่าอัตราการกรองของไต

[1] โรงพยาบาลนครนายก
Nakhon Nayok Hospital
[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
Borommarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi
*Corresponding author E-mail: phasuksut@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

This research utilizes a mixed methodology research, employing a simultaneous qualitative and quantitative design to explore the situation, develop a model and result of nursing model to delay progression in patient with stage 3-4 chronic kidney disease and using the 5A self-management concept. Data were collected using personal information questionnaires and a health behavior assessment tool for kidney deterioration prevention. The sample consisted of 90 CKD stage 3 -4 patients, divided into an experimental group of 45 patients and a control group of 45 patients. Data analysis involved percentage statistics, mean, standard deviation (S.D.) and comparison of me an differences using an independent t-test.

The results indicated that the experimental group using the nursing intervention model to delay kidney deterioration showed significant behavioral changes in terms of food consumption, drinking alcohol, exercise, take medicine and stress management were significantly different at the statistical level of 0.05. Additionally, smoking behavior decreased and estimated glomerular filtration rate showed significantly difference before and after the intervention at the statistical level of 0.05.

The developed nursing model can be further applied to improve nursing services and policy management, as well as expand to health service network.

Keywords: Chronic Kidney Disease stages 3-4, 5A's model of self-management support, Estimated glomerular filtration rate (eGFR)

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก รวมทั้งประเทศไทย ผู้ป่วย 2 ใน 5 ราย อยู่ในระยะที่รุนแรง สาเหตุมาจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากข้อมูลหน่วยบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560-2565 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีจำนวนผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 404,655-431,411 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 38.07-42.83 และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการเปลี่ยนระยะโรค (Stage change) จากระยะที่ 3 ไประยะที่ 4 ร้อยละ 10.05 และจากระยะที่ 4 ไประยะที่ 5 ร้อยละ 16.74 แนวโน้มความรุนแรงของการเปลี่ยนระยะโรคเพิ่มขึ้น ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 15,483 ล้านบาทต่อปี[1] ทั้งนี้ มีผู้ป่วยทั่วประเทศที่เข้ารับการบำบัดทนแทนไต จำนวน 64,515 คน โรงพยาบาลนครนายกมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2563 จำนวน 1,368 คน และปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1,450 คน การบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรูปแบบเดิมในระบบของโรงพยาบาลไม่ตอบสนองต่อการชะลอความเสื่อมของไต เพราะผู้ป่วยขาดกระบวนการจัดการด้านสุขภาพตนเอง การนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ และเกณฑ์การส่งต่อไม่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการไม่ได้ทั้งหมด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ ร้อยละ 80 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูงเกินค่ามาตรฐานที่ร่างกายต้องการ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย และเกิดความเครียด จะส่งผลต่อการทำงานของไต ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ[2] ผู้ป่วยต้องเรียนรู้วิธีการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะชะลอไตเสื่อมได้อย่างถูกต้อง ปัจจุบันมีการนำงานวิจัยที่ศึกษาแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) และรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A (5A's behavior change model adapted for self-management support) ของ Glasgow et.al. (2006)[3] มาใช้ ดังการศึกษาของวันวิสาข์ สนใจ (2561)[4] ที่ศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2 โดยการส่งเสริมให้มีการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ค่าคริเอตินินดี และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวเป็นแนวทางการพัฒนาเวชปฏิบัติชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ในระยะที่ 2 ของชุมชน เขตเมืองนนทบุรี ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง 5A ของ Glasgow เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อปรับระบบบริหารจัดการ และนำนโยบายสู่การปฏิบัติให้ไปในทิศทางเดียวกัน สร้างโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคไต

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4
4. เพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนานโยบายการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Combine Research / Mixed Methodology) โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพไปพร้อมกับวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Simultaneous Qualitative/Quantitative Design) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2566-31 พฤษภาคม พ.ศ.2567 โดยมีการศึกษาตัวแปรดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 /ระบบการบริหารจัดการ /แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยตามปกติ 2) ตัวแปรตาม ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ตามแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ผลลัพธ์ทางคลินิกค่า eGFR โดยการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลนครนายก ซึ่งในขั้นตอนนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่เข้ามารับบริการที่คลินิกโรคไต ณ โรงพยาบาลนครนายก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม- 31 พฤษภาคม พ.ศ.2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการรักษา การใช้ยาของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับในแต่ละครั้งที่มาพบแพทย์ วันนัด ประวัติการแพ้ยา ปัญหาที่พบจากการแพ้ยา โดยข้อมูลดังกล่าวจะถูกบันทึกในแบบบันทึกการติดตามพิเศษของคลินิกเรื้อรัง และคลินิกโรคไตโดยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและทีมรักษา และการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Groups) ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน พ.ศ.2566

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ถึงประสบการณ์การดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ในระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม พ.ศ.2566

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อชะลอไตเสื่อม มีขั้นตอนดังนี้ โดยนำโปรแกรมที่ประยุกต์จากรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง (5A' model of Self-Management Support) (Glasgow et al, 2003) สร้างและออกแบบโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในขั้นตอนนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมายใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างจากสหสาขาวิชาชีพ คือ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 12 คน ดังนี้ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรแพทย์ 1 คน 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรแพทย์โรคไต 1 คน 3) พยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคไต 1 คน 4) พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง 1 คน 5) เภสัชกร 1 คน 6) นักโภชนาการ 1 คน 7) นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน 8) ตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 1 คน 9) พยาบาลเวชกรรม 1 คน 10) นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน 11) อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน และ 12) นักกายภาพบำบัด 1 คน โดยนำร่างโปรแกรมการจัดการตนเอง ที่พัฒนาขึ้นมาตรวจสอบความเหมาะสม โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านโรคไตเรื้อรัง ด้านสื่อการศึกษา ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการจัดการตนเอง และปรับปรุงร่างโปรแกรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เพื่อนำไปทดลองในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์การนำไปใช้จริงของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อชะลอไตเสื่อม และประเมินผลภาพรวม โดยมีรายละเอียดดังนี้ การวิจัยในระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) นำผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อชะลอไตเสื่อม โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างและออกแบบพัฒนาในภาพรวมจากระยะที่ 2 นำมาทดลองจริงในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง (Before-After Two-Group Pretest-Posttest Designs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มารับบริการ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม–31 ธันวาคม พ.ศ.2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนครนายก กลุ่มทดลอง จำนวน 45 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 45 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จะกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยโปรแกรม G* Power 3.1 โดยมีการกำหนดค่า Power = 0.95 Effect Size = 0.25 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูล. 2553)[5] เพื่อความน่าเชื่อถือในผลการวิจัยครั้งนี้ และเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนและป้องกันการสูญหายจากกลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากการศึกษา จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มละ 45 คน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 45 คน และกลุ่มควบคุม 45 คน รวมทั้งหมด 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยในแต่ละด้าน ก่อนและหลังการสร้างโปรแกรมฯ

ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินจากงานวิจัย ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (ศิริลักษณ์ ถุงทอง. 2557)[6] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการความเครียด รวม 24 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติสม่ำเสมอ (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน)

1.3 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก คือ ค่าอัตราการกรองของไต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 รูปแบบการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยใช้โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองแบบ 5A ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ A1 (Assess) การประเมินความเชื่อ พฤติกรรมและความรู้, A2 (Advise) การให้คำแนะนำข้อมูลที่จำเป็นต่อสุขภาพ และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นโทษ, A3 (Agree) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การยอมรับ โดยยึดความสนใจและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยเป็นหลักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, A4 (Assist) กลวิธี เทคนิคการแก้ปัญหาและอุปสรรค การสนับสนุนทางสังคมเป็นรายบุคคล, A5 (Arrange) การกำหนดแผนในการติดตามผลที่ชัดเจน เช่น การเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นต้น

2.2 สื่อการสอน ได้แก่ 1) คู่มือการชะลอไตเสื่อม 2) นวัตกรรมกระชอนสอนไต และปรอทวัดความเค็มของอาหาร 3) วีดีโอการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด 4) แผ่นพับรู้เรื่องไตเสื่อมแล้วนะ และ QR code การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม 1 ท่าน เพื่อประเมินความตรงด้านเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือในครั้งนี้ เท่ากับ 0.90 และการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งหลังการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.74

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และอัตราการกรองของไต โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองและค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครนายก เลขที่โครงการวิจัย รพ.นย. REC No 11/2565 วันที่ 8 กันยายน พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จากการศึกษา พบว่า ในปีพ.ศ.2565-2566 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เข้ามารับบริการจำนวน 3,550 คน มีการเปลี่ยนแปลงโรคจากระยะ 3 เข้าสู่ระยะ 4 ร้อยละ 7.5 มีการเปลี่ยนแปลงจากระยะ 4 เข้าสู่ระยะ 5 จำนวน ร้อยละ 26 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยส่วนใหญ่อายุ 31-70 ปี อายุเฉลี่ย 59.93 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.56 เพศชาย ร้อยละ 44.44 มีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 28,000 บาท สถานภาพสมรส ร้อยละ 86.66 รองลงมาโสด และหม้าย ร้อยละ 6.67 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 68.88 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 15.56 ระยะของโรคไตเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ ระยะที่ 3 ร้อยละ 66.70 รองลงมาระยะที่ 4 ร้อยละ 33.30 และจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าการทำงานของไต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 พบว่าค่า eGFR แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ปัญหารูปแบบการพยาบาลเดิมมีขั้นตอนการรับบริการที่หลากหลาย ระบบการบริหารจัดการและนโยบายที่ไม่ชัดเจน เกณฑ์การส่งต่อปฏิบัติไม่ต่อเนื่องใช้ระบบ Manual ในการคัดกรองทำให้เกิดความล่าช้า ความรู้และทักษะพยาบาลผู้ปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาลของพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้องเรื่องการรับประทานอาหาร จากการศึกษา พบว่า การสร้างกลวิธีสู่ความสำเร็จ

เชิงนโยบาย เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมาย ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยนำความก้าวหน้าของเทคโนโลยี Thailand 4.0 มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการบริหารจัดการด้านการพยาบาลและนำมาบริหารจัดการโปรแกรมฯ โดยสร้างและออกแบบเพื่อความทันสมัยเหมาะสมต่อสังคม เศรษฐกิจ กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้ กลวิธีนำไปสู่การพัฒนานโยบายการพยาบาล คือ 1) การปรับระบบบริการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยใช้โปรแกรมฯ เป็นรูปแบบการบริหารการพยาบาล การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาทำงานให้เกิดความรวดเร็ว 2) การนำเทคโนโลยีมาใช้เชื่อมประสานภาคีเครือข่ายระบบบริการในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด 3) การสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมพัฒนาสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเอง และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ 4) การขยายผลการสร้างนวัตกรรมครั้งนี้ไปสู่โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ นำมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่บริการเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม		Mean	S.D.	$\bar{D}$	t	p-value
ด้านการออกกำลังกาย	ก่อนทดลอง	7.53	3.58	3.67	-8.09*	0.00
	หลังทดลอง	11.20	0.89			
ด้านการใช้ยา	ก่อนทดลอง	13.82	32.0	1.07	4.32*	0.00
	หลังทดลอง	14.89	1.75			
ด้านการจัดการความเครียด	ก่อนทดลอง	9.11	1.96	2.08	-8.40*	0.00
	หลังทดลอง	11.49	0.66			
ด้านการบริโภคอาหาร	ก่อนทดลอง	8.44	0.90	8.52	19.71*	0.00
	หลังทดลอง	16.96	2.93			
ด้านการดื่มแอลกอฮอล์	ก่อนทดลอง	8.51	1.16	0.25	-2.54*	0.02
	หลังทดลอง	8.76	0.68			
ด้านการสูบบุหรี่	ก่อนทดลอง	5.40	1.43	0.11	1.95*	0.06
	หลังทดลอง	5.29	1.44			

* p-value < 0.05

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าการทำงานของไตเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

อัตราการกรองของไต	Mean	S.D.	$\bar{D}$	t	p-value
ก่อนทดลอง	34.69	12.64	3.44	-6.49	0.00
หลังทดลอง	38.13	13.98			

* p-value <0.05

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยการใช้รูปแบบการจัดการตนเองตามแบบ 5A มีส่วนช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนของระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง รวมถึงเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการและรับรู้การเกิดโรคได้เร็วขึ้น เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยชะลอความเสื่อมของไต ลดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งในครอบครัวและระดับประเทศ ตลอดจนผู้ให้บริการมีแนวทางในการปฏิบัติส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยในชุมชนได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารทุกระดับ และการติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการเป็นระยะตามกำหนดจะช่วยให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

1. การจากศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตโรงพยาบาลนครนายก ในพ.ศ.2565-2566 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของโรคจากระยะที่ 3 เข้าสู่ระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 7.5 และการเปลี่ยนแปลงจากระยะที่ 4 เข้าสู่ระยะที่ 5 ร้อยละ 26.00 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง รูปแบบการพยาบาลเดิมมีขั้นตอนการจัดระบบบริการที่หลากหลาย มีการจัดระบบบริการกับแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอายุรกรรมทั่วไป ขาดการเชื่อมต่อในภาพรวมไม่ได้มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการปฏิบัติพยาบาล ทำให้ระบบการบริหารจัดการไม่สอดคล้องและขาดความคล่องตัว อีกทั้งแนวทางปฏิบัติและนโยบายไม่มีความชัดเจน ซึ่งหลักการบริหารงาน พบว่า นโยบายมีความสำคัญที่จะเป็นแนวทางและวิธีการปฏิบัติของหน่วยงานและองค์กร ถือเป็นเครื่องมือทิศทางในการทำงานเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการดำเนินตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบบริการที่ดี จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบใหม่เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการสอดคล้องกับการศึกษาของบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล (2551)[7] ศึกษาภาวะผู้นำและกลยุทธ์การบริหารองค์กรพยาบาลในศตวรรษที่ 21

และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวดี สุมาลัย, ศิรวิทย์ กุลโรจนภัทร และมณฑิรา จารุเพ็ง (2564)[8] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาล : กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยทางเทคโนโลยี และการจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.62, S.D. = 0.86 และ ($\overline{X}$ = 3.71, S.D. = 0.77) องค์ประกอบของปัจจัยมีอิทธิพลทางบวกกับการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.290-0.947 ทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่จะมีผลต่อการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาล รูปแบบการจัดการต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ ที่จะต้องนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อองค์กร

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อชะลอไตเสื่อม โดยการพัฒนาโปรแกรมที่ประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (5A's model of Self-Management Support) สร้างและออกแบบโปรแกรมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อชะลอไตเสื่อม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการบริหารจัดการเชิงระบบในคลินิกก่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดความไว้ใจและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อชะลอไตเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์รัตน์ สิงห์คำ (2559)[9] รูปแบบการจัดการตนเองตามแบบ 5A ได้แก่ 1) การประเมิน (Assess) 2) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) 3) การยอมรับ (Agree) 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) และ 5) การติดตามผล (Arrange) เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค และความรุนแรงของโรค การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง มีการติดตามประเมินผลเสริมพลังเป็นระยะ สิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งผลสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย อีกทั้งยังสอดคล้องการศึกษา Glasgow, R. E., Whitesides, H., Nelson, C. C. & King, D. K. (2005)[10] ที่พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองจะช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ให้การสนับสนุนแบบมีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นและมีค่าผลลัพธ์ทางคลินิกที่อยู่ในภาวะปกติตามเป้าหมาย

3. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อชะลอไตเสื่อม โดยใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 และตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ค่า eGFR ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3-4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองตามแบบ 5A มีจุดเน้นในการให้คำแนะนำการจัดการตนเอง (Advise) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี

จาบประไพ (2560)[11] พบว่า ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ค่า FBS, HBA1C, Creatinine และ eGFR หลังการใช้รูปแบบมีคะแนนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยมีการคิดแก้ปัญหา มีการตั้งเป้าหมาย และจัดการกับปัจจัยต่างๆ ได้ดีขึ้น โดยมีพยาบาลให้การช่วยเหลือสนับสนุน และติดตามเป็นระยะ ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ และประสิทธิภาพการทำงานของไตดีขึ้น ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิรินทรา ด้วงใส (2564)[12] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5A ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เป็นองค์ประกอบหลักของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองทำให้มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น

4. แนวทางการพัฒนานโยบายการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่3-4 มีการส่งเสริม สนับสนุน กระบวนการให้บริการต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อชะลอไตเสื่อม โดยการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประยุกต์ในงานบริการเพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ทันสมัย ตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เครือข่ายบริการทุกระดับ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 19 แห่ง ในเขตเมือง และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดนครนายก โดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การมอบนโยบายประกาศเป็นนโยบายระดับจังหวัด ผลักดันการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการ สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดทำอย่างต่อเนื่อง เกณฑ์การส่งต่อและตัวชี้วัดที่ชัดเจน จัดแยกคลินิกชะลอไตเสื่อม ออกจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีสหสาขาวิชาชีพดำเนินการบูรณาการการใช้บัตรประชาชนใบเดียวเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ทำ Pop Up เพื่อช่วยกระตุ้นเตือนเรื่องการคัดกรอง และระยะของโรคไต อีกทั้งแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลมีการบูรณาการการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิรินาถ ตงศิริ และคณะ(2561)[13] พบว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติควรให้ผู้ปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกลยุทธ์ในการดำเนินนโยบายและเพิ่มระดับความสำเร็จของนโยบายในการทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำสามารถนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่พัฒนาขึ้นจากการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย

2. ด้านการศึกษา สามารถนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประกอบการเรียน การสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรให้ความสำคัญต่อนโยบายการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพื่อชะลอไตเสื่อม เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญ และนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี ด้วยความร่วมมือของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ที่ให้ข้อมูลตลอดจนทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทางคณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (บรรณาธิการ). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตวานเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). ศรีเมืองการพิมพ์; 2565.
2. ชดช้อย วัฒนะ. การสนับสนุนการจัดการตนเอง : กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค Self-management support : Strategies for promoting disease control. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2558; 26(1): 117-127.
3. Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. C. Assessing delivery of five “As” for patient-centered counseling. Health Promotion International 2006; 21(3): 245-55.
4. วันวิสาข์ สนใจ. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ ระยะที่ 2. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
5. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2553.
6. ศิริลักษณ์ ถุงทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต].สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2557.

7. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

8. ปิยะวดี สุมาลัย, ศิรวิทย์ กุลโรจนภัทร และมณฑิรา จารุเพ็ง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาล:กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนี อุตรดิตถ์ 2564; 13(2): 44-161.

9. สุนีย์รัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม .วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 13(3): 92-109.

10 Glasgow, R. E., Whitesides, H., Nelson, C. C. and King, D. K. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetes patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. Diabetes Care 2005; 28: 2655-2661.

11. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2560; 7(3): 280-291.

12. ศิรินทรา ด้วงใส, ทิพมาส ชิณวงศ์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารสงขลานครินทร์ 2564; 41(4): 74-85.

13. ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิตา แสนศักดิ์, ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และสุมัทนา กลางคาร. ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(1): 7-26.

สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลมหาสารคาม

REASONS FOR NON-ADHERENCE TO TREATMENT AMONG PATIENTS WITH CATARACT AT MAHASARAKHAM HOSPITAL

Received: April 27, 2024
Revised: July 08, 2024
Accepted: July 30, 2024

พันนิตย์ อรัญญาวาส[1], วริศรา ศรีสุขกาญจน์[1], ธนนรรจ์ รัตนโชติพานิช[2*], อรอนงค์ วลีขจรเลิศ[2], อัจฉรียา แสนมี[3]

Pannit Aranyawat[1], Warisara Srisukkan[1], Thananan Rattanachotphanit[2*], On-anong Waleekhachonloet[2], Achareeya Saenmee[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการนัดหมายเพื่อรับบริการผ่าตัดต้อกระจก ที่คลินิกตา โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อกระจกชนิดบอด และชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรงที่ได้รับการนัดหมายผ่าตัด ในช่วงเดือนตุลาคม 2564-มีนาคม 2566 จำนวน 86 ราย โดยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยทบทวนประวัติการลงนัด และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา และวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุหลักของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด คือ กังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 46.7 รองลงมา คือ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 26.7 และญาติพาไปรับการผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 23.3 สาเหตุหลักของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษาครบตามนัดภายหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจก คือ ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล ร้อยละ 80.8

ดังนั้น หน่วยบริการควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจก หน่วยงานภาครัฐในชุมชน ควรให้การสนับสนุนผู้ป่วยที่ต้องการผู้ดูแลระหว่างพักฟื้น รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องการผู้ดูแลพามาพบแพทย์ตามนัด เพื่อช่วยลดอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้

คำสำคัญ: โรคต้อกระจก, การผ่าตัดต้อกระจก, ความไม่ร่วมมือในการรักษา

[1] นิสิตเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
Pharmacy student, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham university
[2] กลุ่มวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
Division of clinical pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham university
[3] โรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham hospital
*Corresponding author E-mail: tananan.r@msu.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to identify the reasons for non-adherence to treatment among patients with cataracts who had scheduled appointment for cataract surgery at the ophthalmology clinic of Mahasarakham Hospital. The study sample consisted of 86 patients diagnosed with blinding cataracts and severe low vision cataracts, who were scheduled for surgery at the ophthalmology clinic between October 2021 and March 2023. The patients were selected using a purposive sampling method. Data collection was performed, involving a review of appointment logbook for cataract surgery and telephone interviews. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis was performed.

The results showed that the main reason for patients not attending scheduled cataract surgery appointments was concerns about postoperative complications (46.7%), followed by being hospitalized for another illness (26.7%) and their family taking them to other hospitals for surgery (23.3%). The common reasons for not attending to treatment follow-up among patients who did not complete their treatment follow-up after cataract surgery was an absence of family or caregiver to bring them to the hospital (80.8%).

Healthcare providers should provide counseling to patients and their families to reduce anxiety about cataract surgery. Community government agencies should provide support for patients who need caregivers during their recovery after cataract surgery. This support should also extend to patients who require assistance in attending follow-up appointments. This would help reduce barriers that prevent patients from continuing their post-surgery care.

Keywords: Cataract, Cataract surgery, Non-adherence to treatment

บทนำ

ต้อกระจก (Cataract) เป็นภาวะเลนส์ตาขุ่นมัว ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจนหรือมีอาการตามัว ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของภาวะสายตาเลือนรางและตาบอด ต้อกระจกที่พบมากในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการเสื่อมของเลนส์ตา (senile cataract) ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม[1] องค์การอนามัยโลกได้กำหนดวิสัยทัศน์[2] “VISION 2020: Right to Sight by the Year 2020” ตั้งเป้าลดความชุกของภาวะตาบอดให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 จากผลการสำรวจความชุกภาวะตาบอดครั้งล่าสุดปี 2550 (The 4th National Survey of Blindness, Low Vision and Major Eye Disease in Thailand)[3] พบความชุกของภาวะตาบอดเท่ากับร้อยละ 0.59 ของประชากรไทยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี โดยมีสาเหตุจากโรคต้อกระจกมากที่สุด ร้อยละ 56 รองลงมา คือ ต้อหิน ร้อยละ 10.4 จอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 3.9 และผลสำรวจอุบัติการณ์ตาบอดด้วยวิธี Rapid Assessment of Avoidable Blindness (RAAB)[4] ในปี 2556 พบว่า อุบัติการณ์เท่ากับร้อยละ 0.6 และมีสาเหตุหลักจากต้อกระจกเช่นกัน ร้อยละ 69.7 อัตราป่วยโรคต้อกระจกในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดมหาสารคามเท่ากับร้อยละ 4.2, 2.9, 2.2 และ 1.3 ในปี 2560-2563 ตามลำดับ[5] และมีอัตราตาบอดต้อกระจกประมาณร้อยละ 0.73[6]

การผ่าตัดต้อกระจกเป็นการรักษาหนึ่งที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดภายใน 6 สัปดาห์ จะมีการมองเห็นและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างชัดเจน[7,8] กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบาย Service plan สาขาจักษุวิทยา ที่มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาตาบอดและสายตาเลือนราง[9] รวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดให้มีการจ่ายชดเชยสำหรับบริการผ่าตัดต้อกระจกสำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปรับรูปแบบการจ่ายชดเชย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (blinding cataract) และชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง (severe low vision cataract) ในผู้ป่วยต้อกระจกสูงอายุ รวมถึงสนับสนุนการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยต้อกระจกชนิด blinding cataract และ severe low vision cataract[10] แม้ว่ารัฐบาลได้สนับสนุนทั้งด้านการค้นหาผู้ป่วยโรคต้อกระจกและจ่ายชดเชยค่าบริการผ่าตัดรักษาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ แต่ยังคงมีผู้ป่วยไม่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด[11,12] ข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น ผลการรักษาตา 1 ข้าง แล้วมองเห็นดี จึงยังไม่อยากไปรักษาตาอีกข้างเนื่องจากกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ผลการศึกษาในผู้ป่วยต้อกระจกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก[12] พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมีความไม่พร้อมที่จะรับการผ่าตัดจากหลายสาเหตุ เช่น ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนเข้าผ่าตัด ความวิตกกังวลเนื่องจากไม่ทราบข้อมูล ส่งผลให้ไม่มา

รับการผ่าตัดตามนัดหรือต้องเลื่อนการผ่าตัด นอกจากนี้ พบว่าในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดที่โรงพยาบาล ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลต้องลางานเพื่อมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยในระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล

จากรายงานอัตราการผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (senile cataract) ของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[5] ในเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2560–2563 มีอัตราการผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดประมาณร้อยละ 50 ในช่วงปี 2564-2566 โรงพยาบาลมหาสารคาม มีจักษุแพทย์จำนวน 4 คน มีบริการคัดกรองสายตา ตรวจวินิจฉัย ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ในเวลาราชการ และมีบริการผ่าตัดต้อกระจกชนิด Phacoemulsification และ Extracapsular cataract extraction 4 วันทำการต่อสัปดาห์ และรับส่งต่อการรักษาโรคตาจากโรงพยาบาลชุมชน แม้ว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการผ่าตัดต้อกระจก แต่พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 15 ไม่มารับบริการตามนัด การศึกษานี้จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่ได้รับการนัดหมายเพื่อมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกทั้งชนิด blinding cataract และ severe low vision cataract ที่คลินิกตา โรงพยาบาลมหาสารคาม การทราบข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยบริการในการพัฒนาระบบให้บริการรวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อกระจกสามารถมารับการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด และกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่ได้รับการนัดหมายเพื่อมารับบริการผ่าตัดต้อกระจก ที่คลินิกตา โรงพยาบาลมหาสารคาม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ได้แก่ สาเหตุที่ไม่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจก และสาเหตุที่ไม่มาติดตามการรักษาภายหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นต้อกระจกทั้งชนิด blinding cataract และ severe low vision cataract และได้รับการนัดหมายเพื่อมารับบริการผ่าตัด ที่คลินิกตา โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเดือนตุลาคม 2564-มีนาคม 2566

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เพศชายและหญิงที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป 2) สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3) ได้รับความยินยอมจากแพทย์ผู้ดูแล และเกณฑ์การคัดออก คือ

1) ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยเพื่อทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และ 2) ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ไม่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ให้นิยามว่า คือ ผู้ป่วยที่ขาดนัดเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน 2) ไม่มาติดตามการรักษาภายหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจก และ 3) มารับบริการผ่าตัดต้อกระจก และมาติดตามการรักษาครบตามนัด

งานวิจัยนี้มุ่งเน้นรวบรวมสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจก เพื่อนำมาสังเคราะห์ว่าส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุใด จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 30 รายต่อกลุ่ม อย่างไรก็ตาม จากจำนวนรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 49, 38 และ 54 ราย ในกลุ่ม 1, 2 และ 3 ตามลำดับ เมื่อเก็บข้อมูลจริงมีผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 30, 26 และ 30 ราย ตามลำดับ เนื่องจากไม่สามารถติดตามผู้ป่วยเพื่อทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษา และแบบสัมภาษณ์สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษา โดยผู้ตอบแบบสอบถามอาจเป็นผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล ที่ทราบข้อมูลของผู้ป่วย

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ที่อยู่อาศัย ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล อาชีพ จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้าน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และการมีผู้ดูแล สำหรับข้อมูล วันที่นัดผ่าตัดรักษา ชนิดของต้อกระจก จำนวนตา โรคประจำตัว ได้จากการสืบค้นข้อมูลจากสมุดบันทึกการลงนัดผู้ป่วย และเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

2) แบบสัมภาษณ์ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษา พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยของสุรพีย์ มาสมบูรณ์[13] ซึ่งสอบถามความรับรู้เกี่ยวความรุนแรงของโรคต้อกระจกและการผ่าตัดต้อกระจก มีทั้งหมด 6 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น 0.898 โดยการศึกษานี้ดัดแปลงมาเพียง 3 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก (ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ)

3) แบบสัมภาษณ์สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจก เป็นคำถามปลายเปิด โดยมีแนวทางของคำตอบที่เป็นเหตุผลซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม และสามารถตอบเหตุผลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากที่ระบุได้ โดยสามารถระบุได้หลายเหตุผล และเหตุผลหลักที่ไม่สามารถมารับบริการได้ โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 (ไม่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจก)

4) แบบสัมภาษณ์สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาภายหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจก และการมีผู้ดูแลภายหลังผ่าตัดต้อกระจก โดยมีแนวทางของคำตอบที่เป็นเหตุผลซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม และสามารถตอบเหตุผลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากที่ระบุได้ (เช่นเดียวกับข้อที่ 3)

5) แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่งเสริมให้สามารถมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด และการมีผู้ดูแลภายหลังผ่าตัดต้อกระจก โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 (ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกและมาติดตามการรักษาครบตามนัด)

แบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ และนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วย 5 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน 2566 โดยรวบรวมรายชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายเพื่อมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกทั้งชนิด blinding cataract และ severe low vision cataract ในช่วงเดือนตุลาคม 2564-มีนาคม 2566 จากสมุดบันทึกการลงนัดผู้ป่วย จากนั้นคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก และจัดเรียงลำดับรายชื่อผู้ป่วยจากปี 2566 และย้อนกลับไป และค้นหาเบอร์โทรศัพท์จากสมุดบันทึกการลงนัดผู้ป่วย โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์กลุ่มที่ 1, 2 และ 3 จำนวน 49, 38 และ 54 ราย ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์สัมภาษณ์ประมาณ 15 นาทีต่อราย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามเพื่อทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (โทรศัพท์ติดตาม 3 ครั้ง) หรือ ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จะถูกคัดออกจากการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กรณีเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง นำเสนอเป็นความถี่ และร้อยละ กรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่อง นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษานำมาวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่ได้มา และสรุปเป็นความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม MSKH_REC 65-02-069 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บข้อมูล และการรักษาความลับส่วนบุคคล ก่อนจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อขอความยินยอม และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแสดงในตารางที่ 1 พบว่า อายุเฉลี่ย 70 ปี ประมาณร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับประถมศึกษา

ประมาณร้อยละ 70 ไม่ได้ทำงาน ค่ามัธยฐานจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (ไม่นับรวมผู้ป่วย) ประมาณ 3 คน ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ประมาณร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในอำเภออื่นๆ โดยมีค่ามัธยฐานของระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลประมาณ 30 กิโลเมตร โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ เบาหวาน ประมาณครึ่งหนึ่งมีตัวแทนเป็นญาติเป็นผู้ให้สัมภาษณ์ข้อมูลของผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	**กลุ่มที่ 1** ไม่มารับบริการผ่าตัด (n= 30)	**กลุ่มที่ 2** มารับบริการผ่าตัดแต่มาไม่ครบตามนัด (n= 26)	**กลุ่มที่ 3** มารับบริการผ่าตัดและมาครบตามนัด (n= 30)
เพศชาย (จำนวน, ร้อยละ)	11 (36.6)	12 (46.2)	12 (40.0)
อายุเฉลี่ย (ปี) (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	70.4 (7.2)	70.7 (8.0)	70.7 (8.9)
สถานภาพสมรส (จำนวน, ร้อยละ)			
โสด	1 (3.3)	4 (15.4)	1 (3.3)
สมรส	27 (90.0)	18 (69.2)	29 (96.7)
หย่าร้าง/หม้าย	2 (6.7)	4 (15.4)	-
ระดับการศึกษาสูงสุด (จำนวน, ร้อยละ)			
ไม่ได้เรียน	-	-	1 (3.3)
ประถมศึกษา	29 (96.7)	24 (92.3)	28 (93.3)
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	1 (3.3)	2 (7.7)	-
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	-	-	1 (3.3)
อาชีพ (จำนวน, ร้อยละ)			
ไม่ได้ทำงาน	20 (66.7)	18 (69.2)	23 (76.7)
ค้าขาย	1 (3.3)	1 (3.9)	2 (6.7)
เกษตรกรรม	7 (23.3)	3 (11.5)	5 (16.7)
รับจ้างทั่วไป	2 (6.7)	4 (15.4)	-
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (ไม่นับรวมผู้ป่วย) ค่ามัธยฐาน (p25, p75)	3 (1, 4)	2 (1, 3)	2.5 (2, 4)
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (จำนวน, ร้อยละ)	n= 29	n= 25	n= 29
น้อยกว่า 5,000 บาท	22 (75.9)	18 (72.0)	22 (75.9)
5,000-9,999 บาท	2 (6.9)	4 (16.0)	5 (17.2)
10,000 บาทขึ้นไป	5 (17.2)	3 (12.0)	2 (6.9)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่ 1 ไม่มารับบริการผ่าตัด (n= 30)	กลุ่มที่ 2 มารับบริการผ่าตัดแต่มาไม่ครบตามนัด (n= 26)	กลุ่มที่ 3 มารับบริการผ่าตัดและมาครบตามนัด (n= 30)
สถานที่อาศัย			
อำเภอเมือง	5 (16.7)	5 (19.2)	8 (26.7)
อำเภออื่นๆ	25 (83.3)	21 (80.8)	22 (73.3)
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล (กิโลเมตร)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	37.7 (21.7)	36.4 (24.8)	34.8 (21.5)
ค่ามัธยฐาน (p25, p75)	30 (20, 55)	32.5 (13, 53)	30 (17, 45)
โรคประจำตัว (จำนวน, ร้อยละ)			
ความดันโลหิตสูง	14 (46.7)	13 (50.0)	16 (53.3)
เบาหวาน	13 (43.3)	12 (46.2)	13 (43.3)
ไขมันในเลือดสูง	5 (16.7)	4 (15.4)	8 (26.7)
ผู้ให้สัมภาษณ์ข้อมูลของผู้ป่วยทางโทรศัพท์			
ผู้ป่วย	14 (46.7)	14 (53.9)	10 (33.33)
ญาติ	16 (53.3)	12 (46.2)	20 (66.7)

ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคต้อกระจก

ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคต้อกระจก แสดงในตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นต้อกระจกชนิด blind cataract ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 และ 2 มีจำนวนตาที่เป็นต้อกระจก จำนวน 1 ข้าง ประมาณร้อยละ 66 ในขณะที่กลุ่มที่ 3 มีร้อยละ 87 ชนิดของการผ่าตัดต้อกระจกที่จักษุแพทย์ได้วางแผนไว้สำหรับกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 3 เป็นการผ่าตัดชนิด Phacoemulsification ร้อยละ 57-60 ในขณะที่กลุ่มที่ 2 เป็นการผ่าตัดชนิด Extracapsular cataract extraction ร้อยละ 65 ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดต้อกระจก นับตั้งแต่วันตรวจวินิจฉัยจนถึงวันนัดผ่าตัด โดยเฉลี่ย 53.6 วัน 44.4 วัน และ 54.2 วัน ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีญาติหรือผู้ดูแลพามาโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัยและลงวันนัดผ่าตัด ร้อยละ 87, 96 และ 93.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคต้อกระจก

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่ 1 ไม่มารับบริการผ่าตัด (n = 30)	กลุ่มที่ 2 มารับบริการผ่าตัดแต่มาไม่ครบตามนัด (n = 26)	กลุ่มที่ 3 มารับบริการผ่าตัดและมาครบตามนัด (n = 30)
ชนิดของต้อกระจก (จำนวน, ร้อยละ)			
Blind cataract	24 (80.0)	20 (76.9)	19 (63.3)
Severe low vision	6 (20.0)	6 (23.0)	11 (36.7)
จำนวนตาที่เป็นต้อกระจก (จำนวน, ร้อยละ)			
1 ตา	20 (66.7)	17 (65.4)	26 (86.7)
2 ตา	10 (33.3)	9 (34.6)	4 (13.3)
ชนิดของการผ่าตัด (จำนวน, ร้อยละ)			
Phacoemulsification (PE)	18 (60.0)	9 (34.6)	17 (56.7)
Extracapsular cataract extraction (ECCE)	12 (40.0)	17 (65.4)	13 (43.3)
ระยะเวลานับตั้งแต่วันมาพบแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกจนถึงวันนัดผ่าตัดต้อกระจก (วัน)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	53.6 (28.0)	44.4 (33.8)	54.2 (29.0)
ค่ามัธยฐาน (p25, p75)	63 (28, 77)	62 (14, 77)	57 (31, 80)
การมีญาติ/ผู้ดูแล (จำนวน, ร้อยละ)			
พามาโรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัยและลงนัดผ่าตัด	26 (86.7)	25 (96.2)	28 (93.3)

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษา

จากการสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษา แสดงในตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มที่ 3 ตอบคำถามได้ถูกต้องในสัดส่วนที่สูงกว่าร้อยละ 80 ในทั้ง 3 ข้อ ในขณะที่กลุ่มที่ 1 และ 2 ตอบคำถามได้ถูกต้องในสัดส่วนที่สูงกว่าร้อยละ 80 ใน 2 ข้อ ข้อที่กลุ่มที่ 1 และ 2 ตอบคำถามได้ถูกต้องในสัดส่วนต่ำกว่าร้อยละ 80 คือ ข้อคำถามที่กล่าวว่าโรคต้อกระจกเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด

ตารางที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษา

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่ 1 ไม่มารับบริการผ่าตัด (n= 30)	กลุ่มที่ 2 มารับบริการผ่าตัดแต่มาไม่ครบตามนัด (n= 26)	กลุ่มที่ 3 มารับบริการผ่าตัดและมาครบตามนัด (n= 30)
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษา (จำนวน, ร้อยละ)	ตอบถูก	ตอบถูก	ตอบถูก
1) ถ้าไม่ได้รับการรักษาการผ่าตัดต้อกระจกหรือทิ้งไว้นานเกินไปอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนจนถึงขั้นตาบอดได้	24 (80.0)	23 (88.5)	27 (86.1)
2) โรคต้อกระจกเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด	17 (56.7)	15 (57.7)	24 (80.0)
3) หลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม หากปฏิบัติตนไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้	29 (96.7)	24 (92.3)	27 (90.0)

สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการ

สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการ แสดงในตารางที่ 4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุเหตุผลที่ไม่สามารถมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด คือ ความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 46.7 และเมื่อให้ผู้ป่วยระบุสาเหตุหลักที่ไม่สามารถมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดได้ พบว่า เหตุผลดังกล่าวเป็นเหตุผลที่ผู้ป่วยระบุในสัดส่วนที่มากที่สุดเช่นกัน ร้อยละ 30 ประเด็นรองลงมา คือ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 26.7 และร้อยละ 23 ระบุว่า ญาติพาไปรับการผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลอื่น เหตุผลอื่นๆ ที่มีการกล่าวถึง ได้แก่ การไม่มีญาติ/ผู้ดูแล มาเฝ้าระหว่างนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจากที่ต้องกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน ไม่มีรถยนต์/รถโดยสาร หรือไม่มีค่าเดินทาง

สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดแต่มาติดตามการรักษาไม่ครบตามนัด พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุ คือ ไม่มีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล ร้อยละ 80.8

ในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดและมาติดตามการรักษาครบตามนัด พบว่าปัจจัยหลักที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด คือ การมีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล ร้อยละ 56.7 รองลงมา คือ ความกังวลว่าหากไม่มาตามนัด อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 36.7

ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดแต่มาติดตามการรักษาไม่ครบตามนัด (กลุ่มที่ 2) มีสัดส่วนที่ต้องดูแลตนเองทั้งในช่วง 1 สัปดาห์แรก ร้อยละ 15.4 และ ในช่วง 2-4 สัปดาห์ ร้อยละ 76.9 สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดและมาติดตามการรักษาครบตามนัด ร้อยละ 3.3 และ 60.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 สาเหตุที่ไม่สามารถมารับบริการ จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วย

ตัวแปรที่ศึกษา	เหตุผล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	เหตุผลหลัก (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)
กลุ่มที่ 1: สาเหตุที่ไม่สามารถมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด (n = 30)		
กังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	14 (46.7)	9 (30.0)
กลัวการผ่าตัด	11 (36.7)	3 (1.0)
มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล	8 (26.7)	8 (26.7)
ญาติพาไปรับการผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลอื่น	7 (23.3)	7 (23.3)
ไม่มีญาติ/ผู้ดูแล มาเฝ้าระหว่างนอนพักรักษาในโรงพยาบาล	6 (20.0)	-
ไม่มีญาติ/ผู้ดูแล เฝ้าหลังจากที่ต้องกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน	6 (20.0)	-
ไม่มีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล	4 (13.3)	1 (3.3)
ไม่มีรถยนต์/รถโดยสาร พามาโรงพยาบาล	4 (13.3)	1 (3.3)
กังวลเรื่องภาระค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเพิ่มภายหลังได้รับการผ่าตัด	2 (6.7)	1 (3.3)
ไม่มีค่าเดินทาง	1 (3.3)	-
กลุ่มที่ 2: สาเหตุที่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดแต่มาติดตามการรักษาไม่ครบตามนัด (n= 26)		
ไม่มีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล	21 (80.8)	21 (80.8)
ไม่มีรถยนต์/รถโดยสาร พามาโรงพยาบาล	5 (19.2)	-
มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล	3 (11.5)	3 (11.5)
ไม่สามารถหยุดงานได้	3 (11.5)	2 (7.7)

ตัวแปรที่ศึกษา	เหตุผล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	เหตุผลหลัก (ตอบได้เพียง 1 ข้อ)
กลุ่มที่ 3: ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดและมาติดตามการรักษาครบตามนัด (n= 30)		
มีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล	27 (90.0)	17 (56.7)
ไม่มีภาระค่าใช้จ่ายเรื่องค่าเดินทาง	24 (80.0)	1 (3.3)
มีความกังวลว่าหากไม่มาตามนัด อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อน	23 (76.7)	11 (36.7)
ว่าง/ไม่ได้ทำงาน	22 (73.3)	1 (3.3)
สามารถหยุดงานได้	1 (3.3)	-

ตารางที่ 5 การมีผู้ดูแลหลังผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด

ตัวแปรที่ศึกษา		กลุ่มที่ 2 มารับบริการผ่าตัดแต่มาไม่ครบตามนัด (n = 26)	กลุ่มที่ 3 มารับบริการผ่าตัดและมาครบตามนัด (n = 30)
ในช่วง 1 สัปดาห์แรก	ดูแลตนเอง	4 (15.4)	1 (3.3)
	ญาติ/ผู้ดูแล	22 (84.6)	29 (96.7)
ในช่วง 2-4 สัปดาห์	ดูแลตนเอง	20 (76.9)	18 (60.0)
	ญาติ/ผู้ดูแล	6 (23.1)	12 (40.0)

สรุปผลการวิจัย

สาเหตุหลักของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการนัดหมายเพื่อมารับบริการผ่าตัดต้อกระจก ได้แก่ ความกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดแต่มาติดตามการรักษาไม่ครบตามนัด ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากไม่มีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและได้รับการนัดหมายเพื่อมารับบริการผ่าตัดต้อกระจก ที่คลินิกตา โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเดือนตุลาคม 2564-มีนาคม 2566 ซึ่งระยะเวลารอคอยการผ่าตัดต้อกระจก นับตั้งแต่วันตรวจวินิจฉัยจนถึงวันนัดผ่าตัด โดยเฉลี่ยประมาณ 44-54 วัน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 70 ปี ส่วนใหญ่

เป็นต้อกระจกชนิด blind cataract ส่วนใหญ่มีญาติหรือผู้ดูแลพามาโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัยและลงวันนัดผ่าตัด ร้อยละ 90-96

สาเหตุหลักของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ไม่สามารถมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด คือ ความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รองลงมา คือ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และญาติพาไปรับการผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลอื่น ในขณะที่ประเด็นเรื่องการไม่มีญาติหรือผู้ดูแลพามาโรงพยาบาลพบในสัดส่วนต่ำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า ที่ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา[11] โดยการศึกษาดังกล่าว พบว่า สาเหตุหลักที่ผู้ป่วยปฏิเสธการมารับการผ่าตัดต้อกระจกคือ ไม่มีคนเฝ้าดูแล ร้อยละ 56.09 ตามองไม่เห็นไม่จำเป็นต้องผ่าตัด ร้อยละ 29.27 และอายุมากแล้วไม่อยากผ่าตัด ร้อยละ 14.64 ข้อมูลจากการศึกษา ณ โรงพยาบาลศิริราช[14] และ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์[15] พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตา อยู่ในระดับปานกลาง และข้อมูลที่ผู้ป่วยมีความต้องการ คือ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผลการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด[14]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลประมาณ 30 กิโลเมตร การมีญาติ/ผู้ดูแลพามาโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้สามารถมารับบริการครบตามนัด โดยพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดแต่มาติดตามการรักษาไม่ครบตามนัดส่วนใหญ่ระบุเหตุผลว่าไม่มีญาติ/ผู้ดูแล พามาโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดและมาติดตามการรักษาครบตามนัด และมีญาติ/ผู้ดูแลหลังผ่าตัดต้อกระจกในช่วง 1 เดือนภายหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจก นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัดและมาติดตามการรักษาครบตามนัดมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มาตามนัด และประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยไม่มารับบริการผ่าตัดตามนัด และกลุ่มที่มารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด แต่ไม่มาติดตามครบตามนัด ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในประเด็นโรคต้อกระจกเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษา และการมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับบริการผ่าตัดต้อกระจกตามนัด

การศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศอินเดีย ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ไม่รู้หนังสือในพื้นที่ของรัฐอานธรประเทศ[16] พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดต้อกระจก ได้แก่ ความกลัวที่จะสูญเสียการมองเห็น การกระทบการทำงาน และการเสียโอกาส โดยความกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอาจจะเกิดจากการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด จากการศึกษาของ Kumar และคณะ[17] ศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการรับบริการผ่าตัดต้อกระจก ณ เมืองมิโซรัม ประเทศ

อินเดีย[17] พบว่า หนึ่งในอุปสรรคสำคัญ คือ ความยากลำบากในการเดินทางมารับการรักษา โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา ร้อยละ 40 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ที่มีผู้ป่วยอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70 จึงอาจมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากญาติหรือผู้ดูแลในการพามารับบริการ

ข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2566 ซึ่งอาจส่งผลความแม่นยำของข้อมูล อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดต้อกระจกจัดเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของผู้ป่วย จึงมีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะยังคงสามารถให้เหตุผลที่ไม่สามารถมารับบริการได้ การศึกษาครั้งนี้อนุญาตให้ญาติหรือผู้ดูแล ที่ทราบข้อมูลของผู้ป่วย เป็นผู้ให้ข้อมูลหากผู้ป่วยไม่สะดวกในการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย 30, 26 และ 30 รายต่อกลุ่ม ตามลำดับ เนื่องด้วยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเป็นแบบย้อนหลังโดยติดต่อเพื่อทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ซึ่งพบปัญหา คือ ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยไม่ยินยอมให้ข้อมูล นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนสำหรับผู้ป่วยสิทธิการรักษาอื่นๆ เช่น สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หน่วยบริการควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจก นอกเหนือจากการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคต้อกระจกและการผ่าตัดรักษา

2. หน่วยงานภาครัฐในชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรให้การสนับสนุนสำหรับผู้ที่ต้องการผู้ดูแลระหว่างที่ต้องพักฟื้นภายหลังผ่าตัดต้อกระจก รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องการผู้ดูแลในการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาภายหลังผ่าตัด เพื่อช่วยลดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมาติดตามการรักษาภายหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจกได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณโรงพยาบาลมหาสารคามที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดีจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โรคตา: การแพทย์ไทย 2554-2557 (Thailand Medical Service Profile 2011-2014). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. VISION 2020. WHO Regional Office for South-East Asia. [Internet]. [Cited 2022 September 1]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/206523
3. Jenchitr W, Hanutsaha P, Iamsirithaworn S, Parnrat U, Choosri P, et al. The national survey of blindness low vision and visual impairment in Thailand 2006–2007. Thai J Pub Hlth Ophthalmol. 2007; 21: 11–94.
4. Isipradit S, Sirimaharaj M, Charukamnoetkanok P, Thonginnetra O, Wongsawad W, Sathornsumetee B, et al. The first rapid assessment of avoidable blindness (RAAB) in Thailand. PLoS One. 2014; 9(12): e114245.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ชุดอัตราการผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (Senile cataract) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.data.go.th/dataset/dataset-ip_21_02
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลสรุปการคัดกรองและวินิจฉัยตาบอด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://vision2020thailand.org/rep-screen-summary.php
7. Lansingh VC, Carter MJ, Martens M. Global cost-effectiveness of cataract surgery. Ophthalmology. 2007; 114(9): 1670-8.
8. National Health Service, United Kingdoms. Cataract surgery. [Internet]. [Cited 2022 September 1]. Available from: https://www.nhs.uk/conditions/cataract-surgery/recovery/
9. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาจักษุวิทยา. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2564.
11. ภัณฑิรา โมสิกะ. ศึกษาประเด็นปัญหาผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ปฏิเสธการรักษา กรณีศึกษา: อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา. มหานครศรีธรรมราชเวชสาร 2563; 3(2): 1-7.

12. ดุจดาว ทัพเบิก. ผลการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมหอผู้ป่วยตา หูคอ จมูกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/files/91fd6bc4f410218084cfe996bb96dc59.pdf
13. สุรพีย์ มาสมบูรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตามเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2553. 166 หน้า.
14. เอื้องพร พิทักษ์สังข์. การศึกษาความวิตกกังวล ความเครียด และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก. วารสารพยาบาลศิริราช 2554; 4(1): 35-42.
15. วารุณี กุลราช, วัลภา คุณทรงเกียรติ, สุภาภรณ์ ด้วงแพง. ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2560; 9(1): 1-12.
16. Kovai V, Paudel P, Stapleton F. Reasons for refusing cataract surgery in illiterate individuals in a Tribal Area of Andhra Pradesh, India Ophthmic Epidermiology 2014; 21(3): 144-52.
17. Kumar P, Mondal A, Vishwakarma P. Factor limiting the Northeast Indian elderly population from seeking cataract surgical treatment: Evidence from Kolasib district, Mizoram, India. Indian J Ophthalmol 2018; 66(7): 970-74.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่มีคุณภาพ อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

THE DEVELOPMENT OF A QUALITY CARE MODEL FOR ELDERLY PEOPLE WITH HEALTH PROBLEMS IN PATHUMRAT DISTRICT, ROI-ET PROVINCE

Received: August 07, 2024
Revised: September 16, 2024
Accepted: October 09, 2024

นิสิต บุญอะรัญ[1*], กองทิพย์ ปินะกาโน[1]
Nisit Boonarun[1*], Kongthip Pinakano[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ 370 คน และสหวิชาชีพรวมภาคีเครือข่าย 19 คน 2) พัฒนารูปแบบ นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 39 คน สุ่มจากกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนแรก 3) ประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา paired sample t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 39 คน มีปัญหาทันตสุขภาพ ปัญหาการมองเห็น เสี่ยงหกล้มและความคิดความจำบกพร่อง ร้อยละ 64.10, 61.54, 61.54 และ 51.28 ตามลำดับ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า “ตุ้มโฮม โจมค้ำ หล่ำนำ ผู้สูงวัย” ผลการทดสอบทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า การทดสอบการเดินการทรงตัว (TUGT) และการประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ส่วนปัญหาสายตา ปัญหาทันตสุขภาพ ยังไม่พบความแตกต่าง ผู้สูงอายุเข้าถึงการดูแลรักษาและส่งต่อมากขึ้น ความพึงพอใจต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด (4.90 ± 0.28)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประเมินผลในระยะยาวเพื่อให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และเสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแล

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพ, ผู้สูงอายุ, ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

[1] โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด
Pathumrat Hospital, Roi-Et Province
*Corresponding author E-mail: boonarunnisit@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a quality care model for elderly individuals with health issues. It comprised three phases: 1) Situation analysis, involving 370 elderly with health problems and 19 multidisciplinary professionals and network partners; 2) Model development and implementation with 39 participants randomly selected from the first phase; 3) Outcome evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and content analysis.

Results showed that among the 39 elderly participants, 64.10% had dental health problems, 61.54% had vision problems, 61.54% were at risk of falling, and 51.28% had cognitive impairment. The developed model was named "Tum Hom Jom Kham Lam Nam Phu Sung Wai". Statistical tests comparing pre- and post-intervention data revealed significant differences ($p < 0.05$) in the Timed Up and Go Test (TUGT) and Thai Mental State Examination (TMSE) scores. However, no significant differences were found in vision and dental health problems. Elderly participants reported improved access to care and referrals, with highest satisfaction levels for the geriatric clinic services (4.90 ± 0.28).

Recommendations: Long-term evaluation should be conducted to observe more distinct changes in outcomes. Furthermore, collaboration with network partners should be strengthened to develop support systems that enhance healthcare accessibility for the elderly. Continuous activities to promote elderly functional capacity should be organized. These measures aim to improve the effectiveness of the care model.

Keywords: Quality care model, Elderly, Health problems

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป อัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป ในขณะที่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) มีอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2566 มีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 19.40 และจังหวัดร้อยเอ็ด มีสัดส่วนร้อยละ 19.71[1] แสดงว่า ประเทศไทยและจังหวัดร้อยเอ็ดได้เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว และกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ทำให้ปัญหาและความต้องการทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนมากเป็นการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง โรคข้อเสื่อม ภาวะซึมเศร้า กลุ่มอาการสมองเสื่อม และการพลัดตกหกล้ม แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเน้นที่การดูแลแบบองค์รวมและในการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ มีกรอบแนวคิดที่อาศัยหลักการดูแลในบริการปฐมภูมิ ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการ (First contact accessibility) ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการอย่างสะดวก ง่าย และใกล้แหล่งชุมชน ลดอุปสรรคต่างๆ 2) การประสานการดูแลและส่งต่อ (Co-ordination of care) 3) บริการแบบผสมผสานและครอบคลุม (Comprehensive) และ 4) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care)[2] โดยในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง สนับสนุนโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุเพื่อเป็นช่องทางที่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น[3] จึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกระดับมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้น จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่า การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพส่วนใหญ่ ดำเนินการในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและมีความพร้อมตามบริบทของสถานบริการ ดังนั้น การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ จึงเป็นความท้าทายในโรงพยาบาลที่มีความต้องการดำเนินการเรื่องผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสมและทั่วถึง

จากฐานข้อมูลประชากร ทะเบียนกลางอำเภอปทุมรัตต์ เดือนมกราคม 2566 ประชากรสูงอายุของอำเภอปทุมรัตต์ รวม 10,268 คน คิดเป็นร้อยละ 19.19 จากประชากรทั้งหมด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอำเภอปทุมรัตต์ ได้เป็นสังคมผู้สูงอายุและกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และจากข้อมูลคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้านในชุมชน ปี 2566 ของอำเภอปทุมรัตต์ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 98.90 พบมีปัญหาการมองเห็นบกพร่อง 1,446 คน การเคลื่อนไหวบกพร่อง 740 คน ADL 278 คน ปัญหาทันตสุขภาพ 515 คน กลั้นปัสสาวะไม่ได้ 501 คน ปัญหาด้านความคิด ความจำ 110 คน มีภาวะซึมเศร้า 51 คน และการได้ยินบกพร่อง 96 คน[4] โรงพยาบาลปทุมรัตต์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 เปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2566 แต่พบว่ายังมีปัญหาด้านความครอบคลุมและคุณภาพการให้บริการ โดยมีผู้สูงอายุเข้ารับบริการเพียง 108 ครั้ง ในช่วง 8 เดือนแรก พบผู้สูงอายุสงสัยสมองเสื่อม 12 ครั้ง เสี่ยงหกล้ม 20 ครั้ง OA Knee 49 ครั้ง ปัญหาทันตสุขภาพ 48 ครั้ง ปัญหาการได้ยิน 8 ครั้ง กลั้นปัสสาวะไม่ได้ 14 ครั้ง และมีอัตราการมารับ

การรักษาตามนัดเพียงร้อยละ 27.14 ปัญหาหลักที่พบ คือ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพไม่ได้รับการส่งต่อมายังคลินิก ขาดความต่อเนื่องในการรักษา มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ขาดการประสานงานระหว่างการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและในคลินิก

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ความครอบคลุมและความต่อเนื่องของการดูแลรักษา โดยเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและคลินิกผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการติดตามให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการสร้างเครือข่ายการดูแลที่ครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพครอบคลุมปัญหาสุขภาพมากขึ้น เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ มีความต่อเนื่องในการรักษา และลดภาวะแทรกซ้อนปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ อำเภอปทุมรัตต์

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการในเดือน มกราคม ถึง เดือน มิถุนายน 2567 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการ วิเคราะห์รูปแบบการดูแลในปัจจุบัน โดยระดมสมองจากผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ สหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ด้วยกรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก[5]

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ใช้กรอบ Deming Cycle[6] (PDCA) แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การออกแบบและพัฒนารูปแบบ (Plan) จากการทบทวนวรรณกรรม และประชุมระดมสมอง 2) นำรูปแบบไปใช้ (Do) ระยะเวลา 3 เดือน ติดตามปัญหาและผลการดำเนินงาน 3) ประเมินผลและปรับปรุง (Check & Act) ติดตามประเมินผลและปัญหาการดำเนินงาน ปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3. การประเมินผลรูปแบบ หลังนำรูปแบบไปใช้จริงประเมินผลลัพธ์และสรุปวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ร่วมพัฒนารูปแบบ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ บุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สหวิชาชีพที่เป็นคณะกรรมการคลินิกผู้สูงอายุ และกลุ่มภาคีเครือข่าย รวม 19 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ในขั้นตอนที่ 1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งหมดในอำเภอปทุมรัตต์ที่ผ่านการคัดกรองแล้ว พบว่า มีปัญหาสุขภาพ 4 ด้าน จำนวน 2,811 คน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร[7] โดยใช้ค่าสัดส่วนของความชุกกลุ่มอาการสูงอายุจากการศึกษาของปิติพร สิริทิพากร และคณะ[8] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 338 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่ม 10% เป็น 370 คน ในขั้นตอนการนำรูปแบบไปใช้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power โดยมีค่า α เท่ากับ 0.05 Power เท่ากับ 0.8 effect size 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน จึงปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็น 39 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มจับสลากจากกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนแรก โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ (1) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ (2) สมัครใจเข้าร่วมวิจัย (3) ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ (4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะ เวลาการทำวิจัย และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ (1) มีโรคประจำตัวที่แสดงอาการเจ็บป่วยรุนแรงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ (2) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดจนเสร็จสิ้นการวิจัย เช่น ผู้ที่มีธุระหรือมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่อง อำเภอปทุมรัตต์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบเลือกตอบตามข้อคำถาม

2. แบบสำรวจความคิดเห็นปัญหาและรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ประยุกต์ใช้ Six building blocks เป็นกรอบในการสำรวจ เป็นแบบเติมข้อความ

3. แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment: CGA) ใช้แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS) และแบบฟอร์มสำหรับใช้ประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment: GA) สำหรับ รพช.ขึ้นไป ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

4. แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด

5. แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพตามเกณฑ์ประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ปี 2567 ของกรมการแพทย์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Concurrency : IOC) พบว่า ทุกแบบประเมินมีค่า IOC > 0.8

2. การหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพและการเข้าถึง แบบประเมินความพึงพอใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อใช้อธิบาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากร สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการประเมินภาวะสมองเสื่อมและเวลาในการเดินและการทรงตัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired sample t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0112567 ลงวันที่ 9 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการสำรวจปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุจำนวน 370 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.60 มีอายุระหว่าง 70–79 ปี มากที่สุด ร้อยละ 49.20 รองลงมา คือ อายุ 60-69 ปี และ 80-89 ปี ร้อยละ 34.30, 15.10 ตามลำดับ พบปัญหาการมองเห็น ปัญหาทันตสุขภาพ ปัญหาการเคลื่อนไหวและความคิดความจำบกพร่อง ร้อยละ 66.80, 64.05, 45.95 และ 15.68 ตามลำดับ มีความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการเนื่องจากไม่มีคนพามา ร้อยละ 58.18 รองลงมา คือ ระยะทางไกลจากบ้าน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง และไม่มีระบบขนส่งสาธารณะที่สะดวก ร้อยละ 18.18, 16.36 และ 7.27 ตามลำดับ รูปแบบการดูแลเดิม พบโอกาสพัฒนาในด้านระบบบริการ (Service delivery) ระบบส่งต่อยังไม่ชัดเจน ขาดการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา และขาดการสะท้อนกลับการดูแลต่อเนื่อง อาคารสถานที่ไม่เป็นสัดส่วน และเป็นการจัดบริการแบบตั้งรับ ด้านกำลังคน (Health workforce) บุคลากรไม่เพียงพอ ภาระงานมาก ขาดสมรรถนะในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุ ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information system) พบปัญหาข้อมูลซ้ำซ้อนและมีอุปสรรคการเข้าถึงข้อมูล

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรม และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ประยุกต์ใช้แนวคิดหลักของการบริการปฐมภูมิ เพื่อลดปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ 4C Primary care[2] เน้นการจัดบริการทั้งในเชิงรับที่โรงพยาบาล และเชิงรุกในชุมชน เป็นรูปแบบที่เป็นบริบทอำเภอปทุมรัตต์ คือ ตุ้มโฮม โจมค้ำ หล่ำนำ ผู้สูงวัย ประกอบด้วย

1. ตุ้มโฮม (Comprehensive) คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เป็นการจัดบริการคลินิกแบบ One stop service ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุองค์รวม มีจิตอาสารายตำบลมีส่วนร่วมในการพาผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล โดยการจัดบริการให้ได้ตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ของกรมการแพทย์ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ สถานที่ สิ่งแวดล้อม (Structure) บุคลากร (Staff) รูปแบบและการจัดบริการ (Service) และด้านการบริหารจัดการคลินิก (System)

2. โจมค้ำ (First contact & Coordination) คลินิกผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการให้บริการเชิงรุกที่ชุมชนโดยอาศัยความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและท้องถิ่น ได้แก่ คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ การดูแลทางไกลหรือทางออนไลน์ ผู้ดูแลหรือคนรอบบ้าน และเครือข่ายชุมชน

3. หล่ำนำ (Continuity) การติดตามต่อเนื่อง ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมเยี่ยมบ้านและการประสานการเยี่ยมบ้านกับคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

การนำรูปแบบไปใช้ โดยจัดทำโครงการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ออกให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง มีการจัดกิจกรรมคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (CGA) และให้การดูแลรักษาตามปัญหาสำคัญโดยสหวิชาชีพ แบ่งกิจกรรมออกเป็น 5 ฐาน ได้แก่ ฐานวัดสายตาและให้คำแนะนำโดยพยาบาลวิชาชีพ ฐานตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน และให้คำแนะนำการดูแลโดยทันตบุคลากร ฐานประเมินการเดินและการทรงตัว และให้คำแนะนำ ฝึกบริหารกล้ามเนื้อโดยนักกายภาพบำบัด ฐานประเมิน TMSE และให้คำแนะนำในการฝึกกระตุ้นสมองโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลสมองเสื่อม ฐานประเมินภาวะโภชนาการและให้คำแนะนำการรับประทานอาหารโดยนักโภชนากร ตลอดจนสอบถามความต้องการรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาการเข้าถึงของผู้สูงอายุแต่ละคน หลังจากนั้นมีการสรุปข้อมูลเพื่อส่งต่อให้ชุมชนรับทราบข้อมูลและจัดระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง ตามบริบทที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยการทำข้อตกลงประสานการส่งต่อผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์เยี่ยมบ้านของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในการติดตามเยี่ยมเดือนละครั้ง ส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่เข้าเกณฑ์ให้กับทีมเยี่ยมบ้านของ รพ.สต. การมอบหมายและขอความร่วมมือกับ อสม.ที่รับผิดชอบในพื้นที่ในการช่วยติดตามผู้สูงอายุ และการติดตามผ่านผู้ดูแลหรือคนรอบบ้านผ่านการดูแลทางไกล เมื่อครบ 3 เดือน นัดผู้สูงอายุพบแพทย์ที่คลินิกผู้สูงอายุ

ผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ตุ้มโฮม โจมค้ำ หล่ำนำ ผู้สูงวัย

1. ผลการประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาล ปี 2567 หลังพัฒนารูปแบบ คะแนนประเมินรวมเพิ่มขึ้นจาก 60 คะแนนเป็น 74 คะแนน ผ่านเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพโรงพยาบาลระดับ F องค์ประกอบที่ต้องพัฒนา คือ ด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม (Structure) ในการปรับปรุงให้มีห้องน้ำผู้สูงอายุหรือห้องน้ำผู้พิการที่อยู่ใกล้คลินิกผู้สูงอายุ และภายในห้องตรวจมีขนาดกว้างสามารถนำรถเข็นเข้าไปได้สะดวก ด้านบุคลากร (Staff) สหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาลยังไม่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (Service) การจัดให้มีโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมและชะลอความเสื่อม ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง โปรแกรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว และด้านการบริหารจัดการคลินิก (System) เกี่ยวกับการวิเคราะห์และการจัดสรรอัตรากำลังในคลินิก

2. ผลการเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบที่ผู้สูงอายุเข้าถึงมากที่สุด คือ คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ จำนวน 370 คน และได้รับการติดตามเยี่ยมโดยคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 102 คน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่เข้าถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพตามปัญหาสำคัญได้มากขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเข้าถึงการดูแลรักษา ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม ปี 2566 และ 2567

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ	ก่อนพัฒนา (คน)	หลังพัฒนา(คน)
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้าถึงคลินิกผู้สูงอายุ	77	405
เสี่ยงหกล้ม	19	167
ความคิดความจำบกพร่องและสงสัยสมองเสื่อม	10	57
ปัญหาทันตสุขภาพ	43	244
ปัญหาการมองเห็น	19	248

3. หลังการนำรูปแบบมาทดลองใช้ ผู้สูงอายุ 39 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.54 อายุเฉลี่ย 74 ปี พบปัญหาทันตสุขภาพ เสี่ยงหกล้ม ปัญหาการมองเห็น และ ความคิดความจำบกพร่อง ร้อยละ 64.10, 61.54, 61.54 และ 51.28 ตามลำดับ ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) < 24 คะแนน ลดลงจาก ร้อยละ 51.28 เป็นร้อยละ 28.21 และผลการทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT) ≤ 12 วินาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.46 เป็น ร้อยละ 53.85 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนปัญหาทันตสุขภาพและการมองเห็นไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 39)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อน (n = 39)		หลัง (n =39)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT)					
≤ 12 วินาที (ปกติ)	15	38.46	21	53.85	0.000*
13 – 20 วินาที (เสี่ยงปานกลาง)	16	41.03	17	43.59	
> 20 วินาที (เสี่ยงสูง)	8	20.51	1	2.56	
Mean ± SD	(16.28 ± 5.91)		(13.21 ± 4.01)		
การประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE)					
24 – 30 คะแนน (ปกติ)	19	48.72	28	71.79	0.002*
< 24 คะแนน (สงสัยสมองเสื่อม)	20	51.28	11	28.21	
Mean ± SD	(20.95 ± 7.68)		(22.56±7.24)		
ปัญหาการมองเห็น					
ปกติ	15	38.50	18	46.20	
การมองเห็นบกพร่อง	24	61.50	21	53.80	0.83
ปัญหาทันตสุขภาพ					
ปกติ	7	17.90	10	25.60	
ฟันผุ มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร	32	82.10	29	74.40	0.09

* p-value< 0.05

4. จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ พบว่า มีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับจากทีมสหวิชาชีพในชุมชน ไม่ต้องเดินทางไกล ประหยัดค่าใช้จ่ายในการไปโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า “ดีหลาย หมอออกมาหา มาแนะนำฮอดหม่อง อยากไปหาหมออยู่ แต่ไปลำบาก” ผู้สูงอายุ ก. “กะบ่ได้เจ็บได้ป่วยหยัง ให้ไปโรงพยาบาลบ่ไปดอก หมอออกมาแบบนี้ กะมาได้อยู่ ดีแฮง” ผู้สูงอายุ ข.

5. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยรวม ในระดับมากที่สุด (4.90 ± 0.31) ด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ (4.90 ± 0.28) ส่วนรายข้อที่มีความพึงพอใจในระดับรองลงมา คือ ที่นั่งรอและสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ เช่น น้ำดื่ม มุมหนังสือ ห้องน้ำ มีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงบริการ (4.77 ± 0.50) ความรวดเร็วในการให้บริการ (4.73 ± 0.58) และ ความเพียงพอของเครื่องมือ อุปกรณ์ (4.67 ± 0.61)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ซึ่งนับเป็น First contact accessibility ที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น การมีผู้ประสานงานการดูแลที่เชื่อมโยง การจัดบริการ และผู้นำที่เห็นความสำคัญและมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา ส่วนปัจจัยอุปสรรค ได้แก่ การขาดงบประมาณในการปรับปรุงโครงสร้าง อาคารสถานที่ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน บุคลากรแพทย์มีการหมุนเวียนให้บริการ ทำให้ขาดความต่อเนื่อง และอัตรากำลังไม่เพียงพอในบางวิชาชีพ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพครั้งนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “ตุ้มโฮม โจมค้ำ หล่ำนำ ผู้สูงวัย” ประกอบด้วย ตุ้มโฮม คือ คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแบบ One stop service โจมค้ำ เป็นการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ในชุมชน หล่ำนำ เป็นการติดตามผลและเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องรวมถึงการประสานการเยี่ยมบ้านกับคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ผลการประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาล มีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 60 เป็น 74 คะแนน ผ่านเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ และการติดตามเยี่ยมโดยคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น หลังการใช้รูปแบบ พบว่าผู้สูงอายุที่มีผลการทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT) ปกติ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.46 เป็น 53.85 ผู้สูงอายุที่มีผลการประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ปกติ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48.72 เป็น 71.79 ทั้งสองกรณีมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.90 ± 0.31) โดยเฉพาะด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ เครือข่ายที่เข้มแข็ง การมีผู้ประสานงานการดูแลและผู้นำที่ให้การสนับสนุน ส่วนอุปสรรค คือ การขาดงบประมาณในการปรับปรุงโครงสร้างและการขาดแคลนบุคลากรในบางวิชาชีพ รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพในบางด้าน อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในด้านทรัพยากรและบุคลากรที่ต้องได้รับการแก้ไขต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีเพียง 39 คน ซึ่งอาจไม่สามารถแทนกลุ่มประชากรสูงอายุทั้งหมดได้ ระยะเวลาในการศึกษาที่ค่อนข้างสั้น อาจไม่เพียงพอในการสะท้อนผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่อง หรือการจัดบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะปัญหาที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว เช่น การดูแลทันตสุขภาพ รวมถึงการแก้ไขปัญหาด้านการมองเห็นที่เสื่อมถอย

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการ คือ การไม่มีคนพามา การขนส่งที่ไม่สะดวก และไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนันทา กาญจนพงศ์ และ ชยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์[9] ที่ระบุว่า ปัญหาด้านสังคมของผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการ เกิดจากความยากลำบากในการเดินทาง ไม่มีบริการรถสาธารณะ บ้านตั้งอยู่ห่างไกลจากสถานบริการ ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางคนเดียวได้ ต้องพึ่งพาลูกหลานหรือผู้อื่น ซึ่งเป็นภาระให้กับครอบครัว นอกจากนี้ ผลการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ[10] เกี่ยวกับการศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า ปัญหาที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเอง ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุไม่เห็นความสำคัญของการรับบริการสุขภาพ การเดินทางไม่สะดวก ไม่มีพาหนะ หรือไม่มีคนพามา ประกอบกับการมีภาระอื่นๆ เช่น ต้องเลี้ยงหลานหรือทำงาน และยังมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การเคลื่อนไหวลำบาก หรือการได้ยินที่ถดถอย ดังนั้น จึงควรมีการจัดบริการที่ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การจัดบริการเคลื่อนที่ การดูแลที่บ้าน การช่วยเหลือทางการเงิน และการให้ความรู้ทางสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นภายใต้ชื่อ “ตุ้มโฮม โจมค้ำ หล่ำนำ ผู้สูงวัย” เป็นการพัฒนาบนพื้นฐานของแนวคิดบริการปฐมภูมิที่เน้นการให้บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยคำนึงถึงการดูแลที่เป็นองค์รวม มีความต่อเนื่อง และเชื่อมโยงการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริการแบบไร้รอยต่อ มีการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างไร้รอยต่อและใกล้ชิดด้วยการสนับสนุนจากเครือข่ายที่มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของมณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ[11] ที่ใช้รูปแบบการดูแลแบบ Seamless Care ในการพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่เชื่อมโยงกับระบบฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นสมองเสื่อมหรือการพลัดตกหกล้ม ได้รับการตรวจคัดกรองและบริการดูแลเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพตามแนวทางของกรมการแพทย์[12] ยังพบว่า มีปัญหาในเรื่องบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก ซึ่งตามมาตรฐานจะต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 คน ในคลินิกผู้สูงอายุ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ แพทย์ที่ประจำในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเป็นแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ด้านจิตเวชชุมชน ซึ่งยังไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรยังทำให้แพทย์ต้องหมุนเวียนไปให้บริการในจุดต่างๆ ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง รวมถึงการขาดแคลนนักกายภาพบำบัดในการให้บริการในชุมชน ดังนั้น ควรมีการวางแผนอัตรากำลังเพื่อให้บริการผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง และควรจัดอบรม

ให้แก่บุคลากรสหวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาล ให้มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และการประเมิน Comprehensive Geriatric Assessment ที่เป็นมาตรฐานการประเมินที่สอดคล้องกัน

การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความคิดความจำและเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม พบว่า มีพัฒนาการด้านการเดินและการทรงตัวที่ดีขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา กาญจนพงศ์ และชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์[9] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ออกแบบมาเฉพาะเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุสามารถส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อพัฒนาการในด้านการคิด ความจำ และการทรงตัว คือ การให้บริการที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะรูปแบบการบริการ “ตุ้มโฮม โจมค้ำ หล่ำนำ ผู้สูงวัย” ที่มุ่งเน้นการเข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนและการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่เพียงแต่ให้การดูแลทางสุขภาพอย่างใกล้ชิด แต่ยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทำให้มีความมั่นใจในการเดิน การเคลื่อนไหว และลดความเสี่ยงในการล้ม อย่างไรก็ตาม ในส่วนของปัญหาทันตสุขภาพ รวมถึงการมองเห็นที่ยังไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลที่สั้นเกินไป ปัญหาเหล่านี้ต้องการการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจต้องใช้เวลา สรุปได้ว่า การให้บริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมและต่อเนื่องในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้พวกเขาสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านการป้องกันการหกล้มและการเสื่อมถอยทางความคิดและความจำ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่มีการเข้าถึงการดูแลรักษามากขึ้น และมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของไพบูลย์ อัศวธนบดี[13] ที่จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการรักษาโรคเบื้องต้น แต่การวัดผลหลักของคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่วัดผลที่จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดแออัดในโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่สามารถจัดแพทย์เฉพาะทางออกให้บริการร่วมกับสหวิชาชีพได้ แต่ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน อาจจัดให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการออกให้บริการเชิงรุกในชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำผลการวิจัยไปขยายการจัดบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยสถานบริการในพื้นที่ต่างๆ ให้มีการปรับรูปแบบการบริการที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น เช่น การปรับการจัดตั้งคลินิกเคลื่อนที่และการเยี่ยมบ้าน และประสานการดูแลกับคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เพื่อการบริการที่มีความครอบคลุมและ มีประสิทธิภาพ

2. สร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย ในการสนับสนุนงบประมาณหรือทรัพยากรเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อเพิ่มทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

4. ควรมีการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องระยะยาว เพื่อให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และมีการประเมินให้ครอบคลุมด้านต่างๆ เช่น ด้านสังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาลปทุมรัตต์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอปทุมรัตต์ ทุกท่านที่ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ จนสามารถจัดระบบบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการดูแลสุขภาพตามปัญหาสำคัญได้ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. คลังความรู้ สถิติผู้สูงอายุ มิถุนายน 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th
2. Jimenez G, Matchar D, Koh GCH, Tyagi S, Kleij RMJJ, Chavannes NH, et al. Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care: operational definitions and complexities. Primary Health Care Research & Development. 2021; 22(68): 1-9.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายมุ่งเน้นประจำปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/2023-focus-policy
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานข้อมูลคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้านในชุมชน ปี 2566. ฐานข้อมูล HDC รายงานมาตรฐานกลาง 43 แฟ้ม 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: www.sasuk101.mop.go.th
5. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.

6. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. PDCA หัวใจสำคัญของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ftpi.or.th/2015/2125
7. พงษ์เดษ สารการ. ชีวสถิติขั้นพื้นฐาน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
8. ปิติพร สิริทิพากร, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ดุจปรารถนา พิศาลสารกิจ, เพ็ญศรี เชาว์พานิชย์เวช, ไพฑูรย์ เหล่าจันทร์, สุทิศา ปิติญาณ, และคนอื่นๆ. ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. ว.การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2019; 37: 20-29.
9. สุนันทา กาญจนพงศ์ และชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส. ว. การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566; 46(2): 98-110.
10. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัย การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง; 2556.
11. มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณฐิฌา แก้วอำไพ, และวิไลพร คลีกร. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. ว. ศูนย์อนามัยที่ 9 2566; 17: 255-71.
12. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Clinic). ซีจีทูล; 2564.
13. ไพบูลย์ อัศวธนบดี. ประสิทธิผลของโครงการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย. ว. วิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 23 มิถุนายน 2567]; 28(4): 660 – 66. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/7753?source=/index.php/JHS/article/view/7753

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

THE RELATIONSHIPS BETWEEN HEALTH BEILEFS, HEALTH LITERACY AND COVID -19 PREVENTION BEHAVIORS AMONG PATIENTS AT RISK FOR COVID-19 INFECTION

Received: June 28, 2024
Revised: September 25, 2024
Accepted: October 02, 2024

อภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย[1], นงเยาว์ มีเทียน[2*]

Apinya Chatupitakkunchai[1] Nongyaow Meethien[2*]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 74 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83, 0.83, 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.70$) รายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคฯ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.33$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.55$) รายด้าน พบว่า การรู้เท่าทันสื่อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ

ดังนั้น ผู้ให้บริการควรสร้างกลยุทธ์ในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฯ สำหรับกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฯ ที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง, ความเชื่อด้านสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

[1] นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
Master Student,Adult and Gerontological Nursing,Faculty of Nursing Mahasarakham University

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
Assistant Professor, Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail: nongyaow.m@msu.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

This research was a descriptive correlational study was aimed at examining the relationships between health beliefs, health literacy, and preventive behaviors against COVID-19 among high-risk patients receiving treatment. The sample consisted of 74 participants selected using simple random sampling. The research instruments included a health belief questionnaire regarding COVID-19 prevention, a health literacy questionnaire regarding COVID-19 prevention, and a preventive behavior questionnaire for high-risk patients against COVID-19, with reliability coefficients of 0.83, 0.83, and 0.86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research findings could be summarized as follows: Overall health beliefs had a moderate positive correlation with preventive behaviors against COVID-19, which was statistically significant at the 0.05 level (r= 0.70). Perceived barriers had a moderate negative correlation with preventive behaviors against COVID-19, which was statistically significant at the 0.05 level (r= -0.33). Overall health literacy had a moderate positive correlation with preventive behaviors against COVID-19, which was statistically significant at the 0.05 level (r= 0.55). Media literacy, however, was not significantly correlated with preventive behaviors against COVID-19.

Therefore, healthcare providers should develop strategies to enhance health beliefs and health literacy regarding COVID-19 prevention among high-risk groups, in order to promote appropriate preventive behaviors against COVID-19.

Keywords: high-risk patients, health beliefs, health literacy, prevention behaviors, COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่พบการระบาดหนักทั่วโลก เริ่มตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 โดยผู้ที่ติดเชื้ออาจไม่แสดงอาการเจ็บป่วย แสดงอาการเพียงเล็กน้อย หรือรุนแรงมากได้ อาการแสดงที่รุนแรงและวิกฤต คือ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome: ARDS) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายในระยะยาว (Long covid) แม้ว่าหายจากการติดเชื้อแล้วก็ตาม[1]จากสถิติของ World Health Organization พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมทั่วโลก 775,867,547 ราย เสียชีวิตสะสม 7,057,145 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[2] สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563-ปัจจุบัน พบการระบาด เกิดขึ้นในทุกพื้นที่ พบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 4,792,812 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 34,719 ราย และพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[3]

ภายหลังจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ได้ประกาศให้โควิด-19 เข้าสู่โรคติดต่อเฝ้าระวัง หรือโรคประจำถิ่น (Endemic disease) มีการผ่อนคลายนโยบาย หรือมาตรการต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้ออกมาใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) เนื่องจากโควิด-19 ยังคงเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งการกลายพันธุ์และการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง อาจจะกลับมามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นได้อีกครั้ง เห็นได้จากการใช้ชีวิตในช่วงที่มีเทศกาลต่างๆ การท่องเที่ยว กลับภูมิลำเนา รวมทั้งสถานประกอบการ สถานบันเทิง มหกรรมรื่นเริงกลับมาคึกคักอีกครั้ง ส่งผลให้ยอดผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความเสี่ยงที่อยู่บ้านอาจได้รับการแพร่เชื้อจากบุคคลในครอบครัว[4]

จากสถานการณ์ปัญหา ดังกล่าว ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ หรือ กลุ่ม 608 เมื่อมีการติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้มากกว่าวัยอื่น[5] หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ เหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลและป้องกันที่ดี และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ดังนั้น การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีเพื่อการป้องกัน โควิด-19 ที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงมีความสำคัญมากต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ[6]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีรายงานวิจัยหลายๆ ฉบับที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โควิด-19 ในประชากรหลายๆ กลุ่ม ซึ่งพบการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไป[7] และในผู้สูงอายุ[8] ที่พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของโรเซนสต็อค สตรีเชอร์ และเบคเกอร์[9] ได้อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยง/ป้องกันการเกิดโรคนั้น บุคคลจะต้องรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ จะส่งผลให้เกิดความกลัวต่อโรคนั้น ซึ่งอาจนำไปสู่การรับรู้ถึงประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม อีกทั้งหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูง ก็จะมีความมุ่งมั่นตั้งใจและพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย

ดังนั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ที่ดี อันจะช่วยป้องกันการติดเชื้อ ลดการภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรง และลดการเสียชีวิตจากการติดเชื้อลงได้

นอกจากนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 โดยแบ่งตามกลุ่มประชากร 6 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มประชาชนทั่วไป[10] 2) กลุ่มประชากรวัยแรงงาน[11] 3) กลุ่มผู้สูงอายุ[12] 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนชน[13] จากการศึกษาดังกล่าว เห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยนัทบีม[14] กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะ และความสามารถในการจัดการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชนชนให้มีภาวะสุขภาพที่ดี นั่นคือ หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

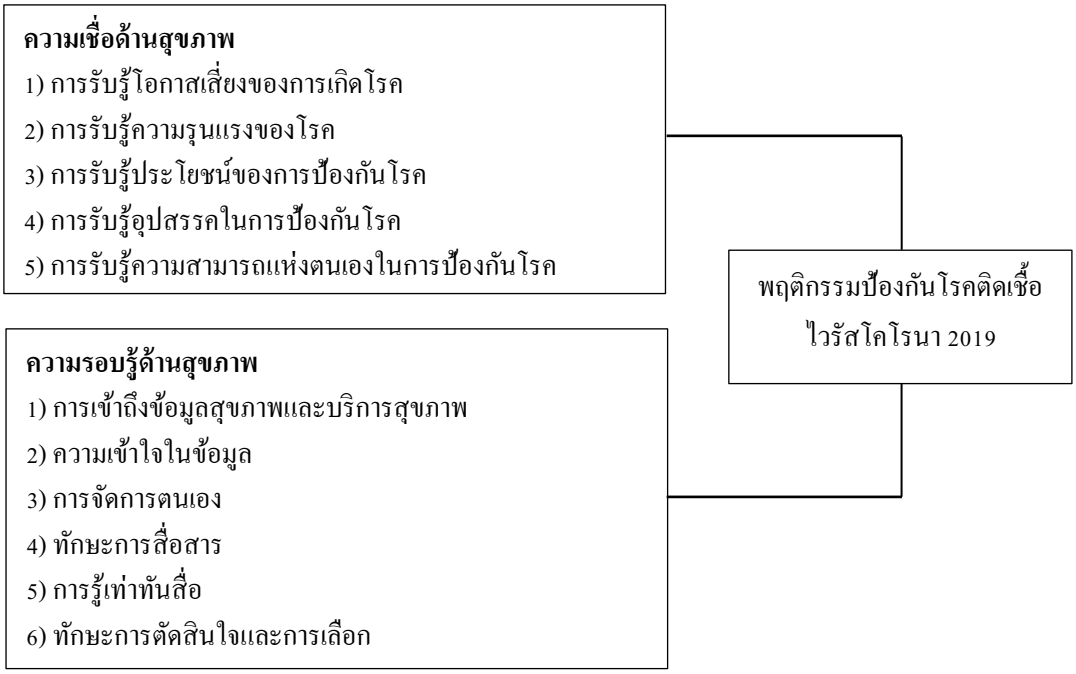
การที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ จะมีพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ที่เหมาะสมได้นั้น อาจมีความเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ โดยผู้วิจัยหวังว่า หากทราบผลการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อฯ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ตามแนวคิดของโรเซนสต็อค สตรีเชอร์และเบคเกอร์ (1988)[9] และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของนัทบีม (2008)[14]



ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ เป็นผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่ม 608 (ตามรหัสโรค ICD 10) ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคหอบหืด (J45) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44), โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (I25) โรคไขมันในเลือดสูง (E78), โรคไตเรื้อรัง (N18- N19), โรคหลอดเลือดสมอง (I64), โรคอ้วน (E66), โรคมะเร็ง ประกอบด้วย มะเร็งตับ (C22) มะเร็งท่อน้ำดี (C24) มะเร็งปอด (C34) และโรคเบาหวาน (E10-E149) จำนวน 5,977 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ อายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่ม 608

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง[13] r = 0.34 กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 และอำนวจการทดสอบ (Power of test) ที่ 0.80 โดยคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64 ราย และเพื่อให้เพียงพอต่อจำนวนกลุ่มเป้าหมายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10 ราย รวมเป็น 74 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ 2) ข้อมูลภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา การใช้สารเสพติด การรับวัคซีน ประวัติการติดเชื้อฯ และแหล่งข้อมูลของความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อฯ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค 5) การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ กรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนน ระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึก ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กรณีคำถามเชิงลบ ให้คะแนนในทางกลับกัน (1-5 คะแนน) การแปลผลการรับรู้/ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน แบ่งตามเกณฑ์ของเบสท์[22] เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) ระดับต่ำ (1.00-2.33) ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค แปลผลในทางตรงกันข้าม คือ ระดับสูง (1.00-2.33) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) ระดับต่ำ (3.68-5.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูล 3) การจัดการตนเอง 4) ทักษะการสื่อสาร 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะการตัดสินใจและการเลือก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ กรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้องครั้ง/นานๆครั้ง (2 คะแนน) ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย (1 คะแนน) กรณีคำถามเชิงลบ ให้คะแนนในทางกลับกัน (1-5 คะแนน) มีทั้งด้านบวกและด้านลบ การแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านแบ่งตามเกณฑ์ของเบสท์[22] เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) ระดับต่ำ (1.00-2.33)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การลดการสัมผัส 2) การเลี่ยงจุดเสี่ยง 3) การดูแลสุขภาพตนเองและสังคม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ กรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้องครั้ง/นานๆครั้ง (2 คะแนน) ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย (1 คะแนน) กรณีคำถามเชิงลบ ให้คะแนนในทางกลับกัน (1-5 คะแนน) การแปลผลพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อรายรวม และ

รายด้านแบ่งตามเกณฑ์ของเบสท์[22] เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) ระดับต่ำ (1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.94, 1, 0.95 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น แล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธี Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.83, 0.83, 0.86 ตามลำดับ และวิเคราะห์อำนาจจำแนก (Discrimination) โดยใช้วิธีสหสัมพันธ์อย่างง่ายแบบเพียร์สัน โดยการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation) โดยคะแนนรวมของทุกข้อคำถามมีค่าเป็นบวกระหว่าง 0.227-0.708

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำ ค่าสูง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) แปลผลระดับความสัมพันธ์ตาม รัตน์ศิริ ทาโต[23] ดังนี้ ระดับต่ำ ($r < 0.30$) ระดับปานกลาง ($r = 0.30-0.70$) ระดับสูง ($r > 0.70$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการฯ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง : 372-402/2566 วันที่ 2 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินเข้าร่วมวิจัยโดยปราศจากความกดดัน มีอิสรภาพในการตัดสินใจ สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อจะระบุเป็นรหัสในการติดตาม การเก็บข้อมูลจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการคำนึงถึง 3 ประเด็น คือ 1) ความเป็นเอกสิทธิ์ 2) การลดความเสี่ยง และเพิ่มผลประโยชน์ 3) หลักความยุติธรรม หากผู้ร่วมวิจัยรู้สึกไม่สะดวกสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา กรณีหากรู้สึกไม่สุขสบายมีภาวะผิดปกติ หรือเกิดอันตรายใดๆ ขณะเก็บข้อมูลสามารถ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

แจ้งให้ผู้วิจัยทราบและจะได้รับการดูแลให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 45.9 (n = 74, $\bar{x}$ = 66, Max = 85, Min = 41) เพศหญิง ร้อยละ 55.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.8 ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1–6 ร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตร ร้อยละ 40.5

ข้อมูลภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) 23 ขึ้นไป (น้ำหนักเกินถึงอ้วน) ร้อยละ 58.1 มีโรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 34.4 ใช้ยารักษาโรคประจำตัว ร้อยละ100 ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ร้อยละ 95.9 ประวัติเกี่ยวกับโควิด-19 ไม่เคยติดเชื้อฯ ร้อยละ 56.7 เคยได้รับวัคซีน ร้อยละ 91.8 สูงสุด คือ 3 เข็ม ร้อยละ 42.6 ส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุชื่อวัคซีนได้ ร้อยละ 75.7 แหล่งข้อมูลของความรู้ที่ได้รับ คือ หอกระจายข่าว ร้อยละ 15.4 ข่าวโทรทัศน์ ร้อยละ 14.7

ความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.42, S.D. = 0.53) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($\bar{x}$ = 3.75, S.D. = 0.72) อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\bar{x}$ = 3.43, S.D. = 0.97) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{x}$ = 3.56, S.D. = 0.98) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ($\bar{x}$ = 3.12, S.D. = 0.61) ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง ($\bar{x}$ = 3.32 , SD = 0.73) อยู่ในระดับปานกลาง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.53 , S.D. = 0.53) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{x}$ = 2.84 , S.D. = 1.11), ความเข้าใจในข้อมูล ($\bar{x}$ = 3.33, SD = 0.54) ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{x}$ = 3.39 , S.D.= 0.56), ด้านทักษะการสื่อสาร ($\bar{x}$ = 3.57 , S.D. = 0.83), ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x}$ = 3.56, S.D. = 1.07), ทักษะการตัดสินใจและการเลือก ($\bar{x}$ = 3.47, S.D. = 0.64) อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.55, S.D. = 0.49) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการลดสัมผัส ($\bar{x}$ = 4.04, S.D. = 0.71) อยู่ในระดับสูง ด้านการเลี่ยงจุดเสี่ยง ($\bar{x}$ = 3.24, S.D. = 0.65) และด้านการดูแลสุขภาพตนเองและสังคม ($\bar{x}$ = 3.51, S.D. = 0.51) อยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับปาน

กลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคฯ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ

ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	0.70	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	0.50	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.37	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	0.48	<0.001
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	-0.33	0.003
การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง	0.65	<0.001

r = Pearson's product-moment correlation coefficient, * p-value < 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นด้านการรู้เท่าทันสื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ

ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.48	<0.001
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.39	<0.001
ความเข้าใจในข้อมูล	0.32	<0.001
การจัดการตนเอง	0.42	<0.001
ทักษะการสื่อสาร	0.49	<0.001
การรู้เท่าทันสื่อ	- 0.08	0.461
ทักษะการตัดสินใจและการเลือก	0.63	<0.001

r = Pearson's product-moment correlation coefficient, * p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคฯ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ยกเว้นด้านการรู้เท่าทันสื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคฯ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ[9] ที่กล่าวว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคนั้น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค รับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพทั้งความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ หมายความว่า หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลางจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ระดับปานกลางด้วย ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคฯ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ หมายถึง หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการปฏิบัติตัวปานกลาง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ลดลงอยู่ในระดับปานกลางด้วย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี และสามารถอภิปรายผลรายด้านได้ดังนี้

1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ และมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม แสดงออกในด้านความล่าช้าในทุกด้านทั้ง ความคิด ความจำ การรับรู้ ประสาทสัมผัส และการเคลื่อนไหวส่งผลให้สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายก็ลดลง[18] ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีการรับรู้ช้าลง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปด้วยได้

2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมองว่าโควิด-19 ไม่น่ากลัว เพราะการระบาดและความรุนแรงในการก่อโรคลดลง[15] ประกอบกับภาครัฐประกาศว่า โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นทำให้พฤติกรรม และวิถีชีวิตเปลี่ยนไป

3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อฯ จากแหล่งข้อมูลในหลายๆ แหล่ง ประกอบกับรัฐบาลมีมาตราการในการประชาสัมพันธ์ถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและความรู้เรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว[16] แต่เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น มีการผ่อนคลายนโยบายและมาตรการต่างๆ ผู้คนออกมาใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้น จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้

4) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค อาจเนื่องจากอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของประชาชน เช่น หน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์มีราคาแพง หาซื้อยาก ถูกหลอกลวง จึงส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันโรคลดลง[17]

5) ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีการรับรู้ลดลง[18]กลุ่มตัวอย่างจึงอาจมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองที่ลดลง จึงมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามขั้นตอน วิธีการป้องกันกันติดเชื้อฯ ที่ลดลง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ที่ลดลงได้

จากการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ[14] กล่าวคือ หากบุคคลมีความรอบรู้สุขภาพทั้ง 6 ด้าน ที่ดี ย่อมส่งผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพดีตามไปด้วย ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ หมายความว่า หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ระดับปานกลางด้วย และสามารถอภิปรายผลรายด้านได้ดังนี้

1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการได้ แต่แหล่งข้อมูลอาจมีไม่หลากหลาย อาจยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคฯ ยังไม่ดีพอ

2) ด้านความเข้าใจในข้อมูล อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเฉื่อยทางปัญญาเนื่องจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาทสัมผัสต่างๆ[18] และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการอ่าน และเข้าใจในข้อมูลทางสุขภาพจึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับปานกลางได้

3) ด้านการจัดการตนเอง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการอ่าน และเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถจัดการตนเองในการป้องกันโรคฯ ได้เป็นอย่างดี

4) ด้านทักษะการสื่อสาร อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการฟัง การอ่าน และการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เกิดข้อจำกัดในการสื่อสาร โดยเฉพาะการสื่อสารสองทางกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข[19]

5) ด้านทักษะการตัดสินใจและการเลือก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้แต่อาจจะมีแหล่งข้อมูลที่ไม่หลากหลาย อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ทำให้ความสามารถในการเลือก และตัดสินใจยังไม่เหมาะสม[20]

6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีสภาพหรือสมรรถนะทางร่างกาย และจิตใจที่ถดถอยลง มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทุกด้าน เช่น ระบบประสาทการรับรู้ (การฟัง การอ่าน การเขียน) การคิดและการตัดสินใจ[18] ทำให้มีข้อจำกัดต่อความสามารถในการเรียนรู้ ความคิด และข้อจำกัดในการตรวจสอบความถูกต้อง หรือผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง รับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง นำไปสู่การแยกห่างจากสังคม จึงมีการรู้เท่าทันสื่อไม่ดีนัก ทำให้การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อฯ กระทำได้ไม่เต็มที่ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า ผู้สูงอายุจะมีการรู้เท่าทันสื่อระดับปานกลาง แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จากความถดถอยของร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแล และช่วยเหลือในการป้องกันโรคฯ จากครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องอยู่ในสภาวะพึ่งพิงคนในครอบครัว[21] จึงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการโรคติดเชื้อฯ ที่ผู้สูงอายุจะไม่สามารถตัดสินใจกระทำได้ด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าจะมีการรู้เท่าทันสื่อในระดับปานกลางก็ตาม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ เพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคฯ ที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238
2. World Health Organization [Internet]. [cited 2024 Aug 17]. Available from: https://data.who.int/dashboards/covid19/cases
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ภายในประเทศ [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2567] .เข้าถึงได้จาก; https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation_more.php
4. World Health Organization Thailand. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/thailand/th/news/detail/02-05-2567-update-on-covid-19-in-thailand
5. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการทบทวนสถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตราการควบคุมป้องกันในระดับโรค และในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์; 2565.
6. ธนสรณณ์ ศรีใช้ประวัติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2565; 19(1): 47-60.
7. เชาวลิต เลื่อนลอย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2565; 2(1): 18-33.
8. ฉัตรวรุณ ศรีวิลัย. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564.
9. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health education quarterly 1988; 15(2): 175-83.
10. ชาญานิศ ลือวานิ, จิตติพงศ์ สังข์ทอง, อาทิตยา จิตจำนงค์, สุธาสินี พิชัยกาล, นิศากร ตันติวิบูลชัย, เอกชัย เสิงล้ำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชาชนที่อาศัยในจังหวัดภูเก็ต. NU Journal of Nursing and Health Sciences 2563; 14(3): 73-88.
11. ณฐกร นิลเนตร, สุขศิริ ประสมสุข, นครินทร์ ประสิทธิ์, เพ็ญวิภา นิลเนตร, ณัฐพล โยธา, กฤติยาณี ธรรมสาร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ของประชากรวัยแรงงานในจังหวัดนครราชสีมา. Health Science Journal of Thailand 2563; 4(4): 10-8.

12. ประศักดิ์ สันติภาพ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันไวรัสโคโรน่า 2019 ของผู้สูงอายุ ในชุมชนเสือใหญ่อุทิศ เขตจตุจักร กรุงเทพฯ. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์ 2565; 7(3): 72-84.
13. กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, ดวงใจ ปันเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565; 49(1): 200-12.
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social science & medicine. 2008; 67(12): 2072-8.
15. Olowe OA, Ross AJ. Knowledge, adherence and control among patients with hypertension attending a peri-urban primary health care clinic, KwaZulu-Natal. African journal of primary health care & family medicine 2017; 9(1): 1-5.
16. บุญเลิศ บุตรจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ เขตพื้นที่อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2565; 38(1): 66-78.
17. นิชาภา เหมือนภาค, ธณกร ปัญญาใสโสภณ, ธวัชชัย เอกสันติ. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลกระทบสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2565; 40(2): 85-94.
18. Kaeodumkoeng k, Thummaku d. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย Health literacy promoting in aging population. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี 2015; 9(2).
19. กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(1): 26-36.
20. Khumthong T, Potisiri W, Kaedumkoeng K. Factors influencing health literacy for people at risk of diabetes mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. Veridian E-Journal. Science and Technology Silpakorn University 2016; 3(6): 67-85.
21. สุพรรณี ใจดี. การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ ในชุมชนกรุงเทพมหานคร. วารสารแพทย์นาวี 2559; 44(3): 117-35.
22. Best JW, Kahn JV. Research in education. New Jersey: Printice Hall. Inc; 1997.
23. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาล แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร: ดีกรี วิชั่น จำกัด; 2562.

การพัฒนาสื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัย สำหรับผู้ปกครอง

THE ANIMATION MEDIA DEVELOPMENT TO PROMOTE LANGUAGE DEVELOPMENT AMONG EARLY CHILDHOOD FOR PARENTS

Received: August 01, 2024
Revised: October 07, 2024
Accepted: October 21, 2024

นิตยา ศรีมานนท์[1*]

Nittaya Srimanont[1*]

บทคัดย่อ

พัฒนาการด้านภาษา พบว่า เป็นด้านหนึ่งที่เด็กปฐมวัยไทยมีปัญหามากที่สุด ผู้วิจัยจึงต้องการจะพัฒนาสื่อแอนิเมชันที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบ One Group Pretest-Posttest Design วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ Paired t-test และสถิติ Spearman Rank Correlation Coefficient เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ประเมินความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ และประสิทธิผลของสื่อ ใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีความรู้จากการใช้สื่อแอนิเมชันในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index : EI) เท่ากับ 0.6627 แสดงว่า มีความรู้เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 66.27 ประสิทธิผลของสื่อต่อความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ปัจจัยเพศ ($r_s = 0.391$) , ระดับการศึกษา ($r_s = 0.425$) มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ในทิศทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความรู้ ($r_s = 0.576$) มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ และการนำไปใช้ประโยชน์ในทิศทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ข้อเสนอแนะในการวิจัยควรสนับสนุนการใช้สื่อแอนิเมชันในการให้ความรู้ร่วมกับการใช้ภาษาในชีวิตประจำวัน

คำสำคัญ: การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัย, สื่อแอนิเมชัน,

[1] ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen

*Corresponding author E-mail: nittaya.piak@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

Language development was found to be one of the problem in which Thai early childhood have the most problems. The researcher therefore wants to develop animated media that is effective in promoting language development in early childhood for parents by quasi-experimental research using One Group Pretest - Posttest Design. This analysis using descriptive statistics, Paired t-test statistics and Spearman Rank Correlation Coefficient statistics. Compare knowledge scores, Assess satisfaction and utilization, Effectiveness of media. Use questionnaires and in-depth interviews together with home visits.

The results show that Parents and caregivers gained significantly more knowledge from using animation media to promote language development in early childhood after the experiment than before, with statistical significance at the .05 level. The effectiveness index (EI) of using animation was 0.6627, indicating increased their knowledge by 66.27%. Factors such as gender (r_s = 0.391) and education level (r_s = 0.425) had a moderate positive correlation with satisfaction and utilization with statistical significance at the 0.05 level, while knowledge (r_s = 0.576) had a moderate positive correlation with satisfaction and utilization with statistical significance at the 0.01 level. The study suggests supporting the use of animation media to educate parents, along with practicing language usage in daily life.

Keywords: Promoting Language Development in Early Childhood, Animation Media

บทนำ

พัฒนาการด้านภาษา พบว่า เป็นด้านหนึ่งที่เด็กปฐมวัยไทยมีปัญหามากที่สุด ปัจจุบันพบข้อมูลว่า เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 22.53 [(1)] โดยเมื่อแยกพัฒนาการเป็นรายด้านตามข้อมูลจากโครงการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทยในเด็กอายุ 0-5 ปี ของกรมอนามัย พบว่า พัฒนาการด้านภาษาเด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการสมวัยต่ำสุดพบร้อยละ 77.23 [(2)] ซึ่งสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบปัญหาพัฒนาการด้านภาษาที่คล้ายคลึงกับผลการสำรวจระดับประเทศดังกล่าว โดยมีผลการประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) ของเด็กปฐมวัยในปีงบประมาณ 2566 พบนักเรียนที่เป็นเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้ามากที่สุดถึงร้อยละ 17.35 และยังพบว่า ร้อยละ 50 ของคนที่มีพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้ามีการเลี้ยงดูร่วมกับการให้เด็กดูสื่อผ่านโทรศัพท์สมาร์ตโฟน แท็บเล็ต และโทรทัศน์ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาในเด็ก 2–5 ปี เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เด็กเข้าถึงสื่อโดยการใช้โทรศัพท์สมาร์ตโฟน[(3)] ความล่าช้าของพัฒนาการด้านภาษามีผลต่อทักษะความพร้อมเมื่อเด็กเข้าสู่อนุบาล[(4)]

ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนการสื่อสารข้อมูลกับผู้ปกครองด้านพัฒนาการ พบว่า เป็นการแจ้งข้อมูลในช่วงเวลาผู้ปกครองรับนักเรียนกลับบ้านใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที ร่วมกับการให้คำแนะนำการส่งเสริมพัฒนาการในคู่มือ DSPM ซึ่งไม่สามารถลงรายละเอียดในเชิงปฏิบัติได้ จากปัญหารูปแบบการสื่อสาร การแนะนำทำให้บางครั้งเปรียบเสมือนผู้ปกครองไม่ได้รับคำแนะนำใดๆ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ปกครองมีระดับความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กโดยการได้รับข่าวสารจากบุคลากรของหน่วยงานของรัฐ วิทยุ โทรทัศน์ ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 59.20[(5)] การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในรูปแบบที่เหมาะสมหรือสื่อที่เหมาะสมกับบริบทจึงสำคัญ การให้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลตามแนวคิดของโอเร็ม[(6)] เพื่อให้ผู้ปกครองมีหลักการ และวิธีปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัยได้ดี โดยมีการให้ความรู้ที่เหมาะสม และใช้สื่อที่เหมาะสม ปัจจุบันสื่อแอนิเมชันเป็นสื่อที่มีความสามารถทำให้เรื่องที่เข้าใจยากเข้าใจง่ายขึ้น กระตุ้นความสนใจได้ด้วยภาพและเสียงที่สมจริง โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ครูหรือผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนันท์ โพธิชัย[(7)] ที่สรุปว่า สื่อแอนิเมชันที่มีประสิทธิภาพสามารถทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาสูงขึ้น และนำสู่การปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กปฐมวัยได้

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะพัฒนาสื่อแอนิเมชัน 2 มิติขึ้นเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง ของสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความพึงพอใจและการนำไปใช้

ประโยชน์ของผู้ปกครองก่อนและหลังการใช้สื่อแอนิเมชันและการประเมินประสิทธิผลของสื่อแอนิเมชัน 2 มิติที่พัฒนาขึ้น มีสื่อแอนิเมชันที่มีประสิทธิภาพ และให้ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยมีความรู้ความเข้าใจวิธีปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัยอย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อแอนิเมชัน 2 มิติ ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองที่มารับบริการในสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความพึงพอใจ และการนำไปใช้ประโยชน์ของผู้ปกครองก่อนและหลังการใช้สื่อแอนิเมชันในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองที่มารับบริการในสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจ และการนำไปใช้ประโยชน์ของผู้ปกครองที่มีต่อสื่อแอนิเมชัน 2 มิติที่พัฒนาขึ้นในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองที่มารับบริการในสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลของสื่อแอนิเมชัน 2 มิติที่พัฒนาขึ้นในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง ต่อความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) พัฒนาสื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง สถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ปกครองและผู้ดูแลของเด็กปฐมวัยที่มารับบริการในสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น มีจำนวนทั้งสิ้น 154 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครอง และผู้ดูแลของเด็กปฐมวัยอายุ 1–3 ปี ที่มารับบริการในสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่มีผลประเมินพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้า เลือกแบบเจาะจง (Selective sampling) จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ไม่จำกัดเพศ อายุ และการศึกษา ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน มองเห็น อ่าน และเข้าใจภาษาไทย ผู้ปกครองใช้สมาร์ตโฟน (Smartphone) และผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเป็นพ่อ

แม่หรือผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลัก เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ เป็นพ่อแม่ผู้ปกครองที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก และไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาวิจัย

1) การพัฒนาสื่อแอนิเมชันภาพเคลื่อนไหว 2 มิติ ความยาว 6.23 นาที ภาพประกอบเป็นการ์ตูน เสียงบรรยายภาษาไทย มีเนื้อหาครอบคลุมความสำคัญของพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัย ช่วงสำคัญของพัฒนาการด้านภาษา กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัย สาเหตุการเกิดปัญหาพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัย และแนะนำคู่มือ DSPM ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาโดยกุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบด้านพัฒนาการเด็ก และนักวิชาการโสตทัศนศึกษา

2) แบบประเมินการพัฒนาสื่อแอนิเมชัน เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัย สำหรับผู้ปกครอง จำนวน 12 ข้อ โดยผู้วิจัยปรับปรุงและอ้างอิงการศึกษาตำราและผลงานวิจัยที่สอดคล้อง จากแบบประเมินคุณภาพแอนิเมชัน เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการฟังและการพูดของเด็กปฐมวัย[8] มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่าแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นว่า เหมาะสมระดับใด ประเมินความเหมาะสมของสื่อโดยกุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบด้านพัฒนาการเด็ก และนักวิชาการโสตทัศนศึกษา มีเกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประเมินค่ามี 5 ระดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ และคำถามความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการจากแบบสอบถามการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัยและปัญหาการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของปิยะนันท์ โพธิชัย[7] จำนวน 20 ข้อ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ให้เลือกตอบตัวเลือกเดียว

2) แบบประเมินความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์สำหรับผู้ปกครองเกี่ยวกับสื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการจากแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาแอปพลิเคชัน[10] ประเมินค่าแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับ

3) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการบูรณาการจากแบบติดตาม จากการศึกษาวิจัยเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัย และปัญหาการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์[7] และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการด้วยสถิติ Paired t-test ในกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ทดสอบการแจกแจงข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า มีการกระจายข้อมูลไม่ปกติ เป็นข้อมูลเชิงปริมาณแบบอันดับ ใช้การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ด้วยสถิติ Spearman Rank Correlation Coefficient แบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ได้เสนอผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำนักงานศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 087/2567 รับรองวันที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 28 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาสื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ พยาบาลผู้รับผิดชอบด้านพัฒนาการเด็ก นักวิชาการโสตทัศนศึกษา พบว่า ประเด็นที่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด คือ เนื้อหาเข้าใจง่ายค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 (S.D. = 0.00) การจัดลำดับเนื้อหามีความเหมาะสมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 (S.D. = 0.57) ความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 (S.D. = 0.00) ความยาวของสื่อมีความเหมาะสมกับเนื้อหาค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 (S.D. = 0.00) ภาพมีความสวยงามเหมาะสมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 (S.D. = 0.00) เสียงบรรยายมีความสอดคล้องกับเนื้อหา และตัวละคร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 (S.D. = 1.15) เสียงดนตรีประกอบมีความสอดคล้องกับบรรยากาศของเนื้อเรื่อง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 (S.D. = 0.57) ตัวละครมีความเหมาะสมกับเนื้อเรื่อง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 (S.D. = 0.00) ประเมินค่าดัชนีประสิทธิผลของการใช้แอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็นผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย โดย ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีค่าดัชนีประสิทธิผลเท่ากับ 0.6627 แสดงว่า ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีความรู้เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 66.27

2. ระดับความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัย หลังการใช้สื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง (ก่อน-หลังการทดลอง) พบว่า ก่อนการทดลองความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 15.86 (S.D. = 1.65)

หลังการทดลองความรู้อยู่ในระดับมาก คะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 19.00 (S.D. = 1.54) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลัง

ปัจจัยด้านความรู้	ระดับความรู้			คะแนนเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	>16 คะแนน	13-15 คะแนน	<12 คะแนน			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ก่อนการทดลอง	14 (46.7)	16 (53.3)	0 (0.0)	15.86	1.65	ปานกลาง
หลังการทดลอง	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0.0)	19.00	1.54	มาก

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ย เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัย หลังการใช้สื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีความรู้จากการใช้สื่อแอนิเมชันในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความรู้	N	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	30	15.86	1.65	4.829	29	0.000*
หลังการทดลอง	30	19.00	1.54			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์สำหรับผู้ปกครองเกี่ยวกับสื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง พบว่า ภาพรวมก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.17 (S.D. = 0.32) แปลผลความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ภาพรวมหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.47 (S.D. = 0.53) แปลผลความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้ปกครองและผู้ดูแล

เด็กปฐมวัยมีความพึงพอใจ และการนำไปใช้ประโยชน์สื่อแอนิเมชันในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง หลังการทดลองมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ก่อนและหลังการทดลอง

ความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์	N	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	30	4.17	0.32	6.454	29	0.000*
หลังการทดลอง	30	4.47	0.53			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ประเมินประสิทธิผลของสื่อแอนิเมชันที่พัฒนาขึ้นในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองต่อความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ มีรายละเอียดดังนี้ ปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ได้แก่ อายุ อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก การค้นหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กจาก Google หนังสือ บทความวิชาการ Facebook สอบถามผู้เชี่ยวชาญ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ และการนำไปใช้ประโยชน์ แต่พบว่า เพศ (r_s = 0.391) ระดับการศึกษา (r_s = 0.425) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05) และความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัย (r_s = 0.576) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value < 0.01)

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (1) ปัจจุบันเด็กในความดูแลของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีปัญหาพัฒนาการด้านภาษา โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่า ปัญหาพัฒนาการด้านภาษาพบเด็กปฐมวัยใช้ภาษาท่าทางมากกว่าพูดสื่อสาร (2) ปัจจุบันควรส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กที่มีปัญหาโดยให้ข้อมูลว่า ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยควรพูดคุยด้วยทุกวัน และควรดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาโดยเล่าหรืออ่านนิทานให้ลูกฟัง การพูดคุย เล่นกับลูกมากขึ้น งดสื่อต่างๆ พาทำกิจกรรมต่างๆ สอนพูดคำง่ายๆ หรือประโยคสั้นๆ ให้เด็กพูดตามโดยพยายามพูดคุย ชวนคุย (3) หลังการใช้สื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองมีผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยเข้าดูมากที่สุด ในส่วนพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัยเมื่อผ่านไป 1 เดือน พบว่า บุตรหลานพูดเก่งขึ้น และยังให้ข้อมูลว่า เด็กสามารถพูดเป็นคำๆ ได้

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาสื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย สรุปได้ว่า การพัฒนาสื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง พบว่า 1) ด้านเนื้อหา มีเนื้อหาเข้าใจง่าย การจัดลำดับเนื้อหามีความเหมาะสม มีความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ ความยาวของสื่อและเนื้อหาเหมาะสม 2) ด้านเทคนิค ภาพมีความสวยงาม รูปภาพประกอบ เสียงบรรยายและตัวละคร เสียงดนตรีประกอบการดำเนินเรื่องมีความชัดเจนและสามารถสร้างความเข้าใจอย่างต่อเนื่องมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด และผลการศึกษาในกลุ่มทดลอง พบ เพศหญิง ร้อยละ 83.3 เพศชาย ร้อยละ 16.7 อายุมีเฉลี่ย 38 ปี (S.D. = 9.64) ต่ำสุด 26 ปี สูงสุด 69 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.7 อาชีพค้าขายธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 36.7 ความเกี่ยวข้องกับเด็กส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา ร้อยละ 90.0 ปู่ตา ย่ายาย ร้อยละ 10.0 ในปัจจุบันหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กจากช่องทางที่พบมากที่สุด คือ การค้นหาจาก Facebook ร้อยละ 83.3 และการค้นหาจาก Google ร้อยละ 73.3 ใน 1 วัน พูดคุยมีปฏิสัมพันธ์หรือเล่นกับเด็กนาน เฉลี่ย 5.53 ครั้ง/วัน (S.D. = 2.113) ต่ำสุด 1 ครั้ง/วัน สูงสุด 10 ครั้ง/วัน ในขณะที่เด็กใช้หรือดูสมาร์ตโฟน (Smartphone) หรือ แท็บเล็ต (Tablet) หรือโทรทัศน์ร่วมดูไปพร้อมกับเด็ก ส่วนใหญ่ดูด้วยกัน ร้อยละ 83.3 ความรู้การใช้สื่อแอนิเมชันในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05. ความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์สื่อแอนิเมชันในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาประสิทธิผลของสื่อแอนิเมชันที่พัฒนาขึ้นในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองต่อความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เพศ (r_s = 0.391 p-value = 0.033) ระดับการศึกษา (r_s = 0.425, p-value = 0.019) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัย (r_s = 0.576 p-value = 0.001) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาสื่อแอนิเมชัน 2 มิติ ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองที่มารับบริการในสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น สามารถอภิปรายได้ว่า การพัฒนาสื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับ

ผู้ปกครอง มีความเหมาะสมในทุกด้าน เช่น เนื้อหา การจัดลำดับเนื้อหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนันท์ โพธิชัย[7] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อแอนิเมชัน 2 มิติ เรื่องผลกระทบของสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาสำหรับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีประสิทธิภาพ พบว่า ความคิดเห็นต่อสื่อแอนิเมชันอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ไม่ว่าจะเป็นการมีเนื้อหา ภาพและเสียงที่น่าสนใจ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของขจรศักดิ์ ทองรอด[12] ที่ศึกษากระบวนการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบสื่อประสมเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ มีการนำสื่อประสมที่เป็นแอนิเมชัน 2 มิติ หรือ 3 มิติ มีเสียงบรรยายมาใช้ซึ่งมีความเหมาะสมอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน เช่น เนื้อหาและการดำเนินเรื่อง ภาพ ภาษา เสียง และตัวอักษร เมื่อนำไปใช้ทำให้สามารถเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการหาค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index : EI) ของสื่อแอนิเมชัน โดยการประเมินการใช้แอนิเมชันกับกลุ่มผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้ให้ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัย พบว่า มีค่าดัชนีประสิทธิผลเท่ากับ 0.6627 แสดงว่าผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีความรู้เพิ่มขึ้น 0.6627 หรือคิดเป็นร้อยละ 66.27 ผ่านเกณฑ์การยอมรับที่กำหนดไม่ต่ำกว่า 0.50 ซึ่งคิดคำนวณตามวิธีของ Hovland[13] สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนันท์ โพธิชัย[7] ที่มีการใช้วิธีหาค่าดัชนีประสิทธิผลของสื่อแอนิเมชันในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อแอนิเมชัน 2 มิติ เรื่องผลกระทบของสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาสำหรับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีประสิทธิภาพ มีค่าดัชนีประสิทธิผลเท่ากับ 0.52 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของของธนัทพัชร์ อยู่โต [8] ศึกษาการพัฒนานิทานแอนิเมชันเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการฟังและการพูดของเด็กปฐมวัย ผลพบว่ามีค่าดัชนีประสิทธิผลเท่ากับ 0.85 เป็นไปตามเกณฑ์การยอมรับที่กำหนดไม่ต่ำกว่า 0.50 เช่นเดียวกัน

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยก่อนและหลังการใช้สื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย อภิปรายได้ว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยหลังการทดลองอยู่ในระดับมากซึ่งดีขึ้นจากคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย พบว่า มีความรู้จากการใช้สื่อแอนิเมชันในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีความสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนันท์ โพธิชัย[7] ซึ่งพบว่าผลคะแนนจากแบบทดสอบความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน และจากการประเมินความคิดเห็นที่มีต่อสื่อแอนิเมชันที่พัฒนาขึ้น พบว่า สื่อแอนิเมชันนี้ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยอยู่ในระดับมากที่สุด และยังพบการศึกษาที่สอดคล้องของกาญจนา พรหมเรืองฤทธิ์ และคณะ[14] ในเรื่องการพัฒนาสื่อ

การสอนชนิดการ์ตูนแอนิเมชัน แบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลคะแนนความรู้ของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยมีความรู้ในการดูแลเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นในระดับมากหลังดูสื่อการสอนชนิดการ์ตูนแอนิเมชัน รวมทั้งพบว่า การใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันในผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กปฐมวัย และยังสามารถสอนเด็กปฐมวัยโดยใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันซึ่งเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนัทพัชร์ อยู่โต[8] ในการพัฒนานิทานแอนิเมชันเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการฟังและพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย ที่พบว่า นิทานแอนิเมชันทำให้เด็กปฐมวัยมีความรู้เพิ่มขึ้น

3. ความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ของผู้ปกครองเกี่ยวกับสื่อแอนิเมชันเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย สามารถอภิปรายได้ว่า ระดับความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุดซึ่งเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ของผู้ปกครองสำหรับการใช้สื่อแอนิเมชันในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองก่อนและหลังการทดลอง ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยประเด็นความพึงพอใจ และการนำไปใช้ประโยชน์หลังการทดลองสูงขึ้นมากที่สุด 3 อันดับ คือ สื่อแอนิเมชันนี้มีภาพคมชัดและเหมาะสม มีภาพและเสียงสัมพันธ์กันสื่อสารเข้าใจง่าย และทำให้มีความรู้ความเข้าใจชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา สอดคล้องกับการศึกษาของนรุตม์ กลัดสำเนียง และคณะ[15] ศึกษาการออกแบบสื่อแอนิเมชันเพื่อให้ผู้ปกครองตระหนักถึงผลเสียจากการเลี้ยงดูบุตรด้วยความเข้มงวดจนเกินไป พบว่า ระดับความพึงพอใจในสื่อแอนิเมชันของผู้ปกครองอยู่ในระดับดีทุกข้อ ความพึงพอใจการออกแบบแอนิเมชันที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับ คือ เกิดความตระหนักในปัญหาการเลี้ยงดูที่เข้มงวด ความสวยงามด้านการออกแบบตัวละครและฉาก และความเข้าใจปัญหาการเลี้ยงลูกแบบเข้มงวด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนันท์ โพธิชัย[7] ที่ผลด้านความคิดเห็นที่มีต่อสื่อแอนิเมชันอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับ คือ สื่อแอนิเมชันนี้ทำให้ตระหนักในการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับเด็กมากขึ้น ให้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลาน และควรเผยแพร่ความรู้จากสื่อแอนิเมชันนี้แก่ผู้เลี้ยงดูท่านอื่นๆ ซึ่งพบการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีที่มีลักษณะความคิดเห็นหรือความพึงพอใจคล้ายคลึงกันในการศึกษาของรสวันต์ อารีมิตร และคณะ[16] ที่ศึกษาการใช้สื่อแอพพลิเคชั่นบนอุปกรณ์พกพา เพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กไทย โดยได้สรุปว่า ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยมีความพึงพอใจในเครื่องมือแอปพลิเคชันคุณลูกอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก มีการเลือกและต้องการใช้แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์พกพาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กไทย

4. ประสิทธิผลของสื่อแอนิเมชัน 2 มิติที่พัฒนาขึ้นในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง ต่อความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ สามารถอภิปรายได้ว่า ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก การค้นหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กจาก Google หนังสือ บทความวิชาการ Facebook การสอบถามผู้เชี่ยวชาญ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ แต่พบว่า เพศ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า ความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการประเมินผลความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ทำให้มีความรู้ความเข้าใจชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา รวมทั้งวิธีปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กซึ่งเป็นข้อมูลที่บอกถึงแนวโน้มความสามารถในการปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัย โดยผลวิจัยครั้งนี้ พบว่า เพศ ระดับการศึกษา และความรู้บ่งชี้ว่ามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ แต่กลับไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ เขียวเปี่ยม[17] ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยหรือเด็กวัยหัดเดินที่มีอายุ 2-3 ปี ที่สรุปว่า มารดามีคะแนนความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยหรือเด็กวัยหัดเดินอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงและปานกลาง แต่กลับพบว่า มารดามีผลการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาเด็กปฐมวัยหรือเด็กวัยหัดเดินอยู่ในระดับต่ำ และยังระบุว่าความรู้ของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยหรือเด็กวัยหัดเดินไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัยหรือเด็กวัยหัดเดิน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรส่งเสริมสื่อแอนิเมชันที่มุ่งเน้นเนื้อหาหลักชัดเจนเพียง 1 ประเด็น เพราะทั้งภาพและเสียงบรรยายจะได้ไม่เร็วมากเกินไป ควรมีแนวทางสร้างความตระหนักให้คนในครอบครัวเข้าใจพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัยไปในทิศทางเดียวอย่างถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยควรมีการนำสื่อแอนิเมชันมาใช้ในการให้ความรู้กับผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในเรื่องการสื่อสารมีความชัดเจน เป็นรูปธรรม เข้าใจง่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้บริหารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ให้โอกาสพัฒนางานแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่มีส่วนสนับสนุนงานวิจัยนี้ทุกๆ ท่าน และขอขอบคุณผู้ปกครองอาสาสมัครทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูล Health Data Center (HDC) [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
2. จินตนา พัฒนพงศ์ชร.โครงการสำรวจพัฒนาการและพฤติกรรมของมารดาระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 กรมอนามัย [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 22 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaichilddevelopment.com/new
3. ฤดีมน สกุลคู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาในเด็กอายุ 2-5 ปี อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565; 31(5): 788-796.
4. ชลิดา ชนัฐธีรกุล. เด็กไทยกับโรคที่ไร้การเล่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2559; 39 (2): 155-161.
5. อัมพร สัจจวีรวรรณ และประภาเพ็ญ สุวรรณ. การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการใช้ภาษาสงสัยล่าช้า จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม 2566; 7(5): 274-293.
6. Orem, D.F. Nursing Concept of Practice (5 th ed.). St. Louis : Mosby – Year Book Publications. 1995.
7. ปิยะนันท์ โพธิชัย. การพัฒนาสื่อแอนิเมชันที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจผลกระทบของสื่ออิเล็กทรอนิกส์และส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กปฐมวัย. วาสาร Health 2562; 42 (3): 63-74.
8. ธนัทพัชร์ อยู่โต. การพัฒนาแอนิเมชันเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการฟังและการพูดของเด็กปฐมวัยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. [สารนิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2563.
9. Bloom, B. S. et al. Hand book on formative and summative evaluation of Student learning. New York: McGraw Hill.1971.
10. อธิวัฒน์ บุตรดาบุตร. การพัฒนาโปรแกรมแอปพลิเคชันการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นแบบมีส่วนร่วม เพื่อวัยใส ไทยแลนด์ 4.0 ในอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น. [ดุษฎีนิพนธ์]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2565.

11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์นพิมพ์; 2545.
12. ขจรศักดิ์ ทองรอด. กระบวนการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบสื่อประสมเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้. วารสารเทคโนโลยีสุรนารี 2559; 10(1): 105-118.
13. Hovland, Lumsdaine and Sheffield. Cited in Goodman, R. I. , Fletcher, K. A. and Schneider, E.W. 1980. The effectiveness Index as a comparative measure in media product. Educational Technology 1949; 20 (09): 30 – 34.
14. กาญจนา พรหมเรืองฤทธิ์, จิตรรดา พงศธราธิก, จารุต บุศราทิจ, ธนวรรณ ดนตรี, สมบัติ ไวยรัช และกรวรรณ ศรีจันร์. การพัฒนาสื่อการสอนชนิดการ์ตูนแอนิเมชันแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีผลในการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลไร่มะขาม อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ (proceeding) มหาวิทยาลัยราชภัฏเลยวิชาการ ครั้งที่ 5. 2562; 1637-1645.
15. นรุตม์ กลัดสำเนียง, อวิรุทธ์ เจริญทรัพย์ และชัยพร พานิชรุทติวงศ์. การออกแบบสื่อแอนิเมชัน 3 มิติเพื่อให้ผู้ปกครองตระหนักถึงผลเสีย จากการเลี้ยงดูบุตรด้วยความเข้มงวดจนเกินไป. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้ง 17 ปีการศึกษา 2565; 138-148.
16. รสวันต์ อารีมิตร. แอปพลิเคชันใสๆ ผู้ช่วยคนใหม่ในการดูแลลูกคุณลูก KhunLook: ติดตามพัฒนาการทุกช่วงวัยจบครบในแอปเดียว. ศรีนครินทร์เวชสาร 2561; 33(5): 9-16.
17. อมรรัตน์ เขียวเปี่ยม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติของมารดาเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กวัยหัดเดิน. วารสารพยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566; 50(1): 343-354.

ผลของรูปแบบการจัดการชุมชนโลโซ “เดียม” ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านจิกดู่ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

EFFECT OF THE LOW SODIUM COMMUNITY MANAGEMENT MODELON FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR OF RISK GROUPS AND HYPERTENSION PATIENTS AT JIKDO VILLAGE, HUATAPHAN DISTRICT, AMNATCHAROEN PROVINCE

Received: June 19, 2024
Revised: October 11, 2024
Accepted: October 19, 2024

เจษฎา กาฬมาตย์[1*], บัสรี ดือราแม[1], ฟาดีนา ตาเดอิน[1], กรกวรรษ ดารุนิกร[1], ประเสริฐ ประสมรักษ์[1], ปิยะณัติ สอดศรี[2], ปุณยนุช สุกุล[2], สมพร สังขฤกษ์[2], สุนทร แก้วประเสริฐ[2]

Chetsada Kalamat[1*], Busree Dueramae[1], Fadeena Tadaein[1], Kornkawat Darunikorn[1], Prasert Prasomruk[1], Piyanat Sodsri[2], Punyanuch Sukul[2], Sompon Sangkhalerk[2], Soonton Kaewprasert[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการชุมชนโลโซ “เดียม” ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่บ้านจิกดู่ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยรูปแบบการจัดการชุมชนโลโซ “เดียม” แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล เป็นการให้ความรู้การบริโภคอาหาร ระดับครัวเรือน เป็นการสุ่มตรวจค่าโซเดียมในอาหาร และระดับชุมชนเป็นการรณรงค์โดยใช้โปสเตอร์ ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการเก็บรวบรวมข้อมูล คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน ได้เท่ากับ 48 คน จึงทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติทดสอบ Paired Sample T-Test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มสูงขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตส่วนบน (SBP) ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตส่วนล่าง (DBP) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมและสนับสนุนการใช้รูปแบบการจัดการชุมชนในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการชุมชนโลโซ “เดียม”, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, โรคความดันโลหิตสูง

[1] โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ
Mahidol University, Amnat Charoen Campus
[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจิกดู่
Ban Jikdo Subdistrict Health Promoting Hospital
*Corresponding author E-mail: Chetsada.kal@student.mahidol.edu

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of the "Low-Sodium Community Management Model" on food consumption behavior and blood pressure levels among at-risk groups and hypertension patients in Jikdo village, Huataphan District, Amnatcharoen Province. The "Low-Sodium Community Management Model" is divided into three levels: 1) Individual Level: providing education on food consumption, 2) Household Level: conducting random sodium level tests in food, and 3) Community Level: campaigning through posters. A questionnaire on personal information and food consumption behavior was used to collect data. The sample size was calculated using a formula to compare the means of two dependent populations, resulting in a sample size of 48 individuals, selected through purposive sampling. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, specifically the Paired Sample T-Test.

The research findings revealed that after the intervention, the average food consumption behavior score of the sample significantly increased from before the intervention (p-value < 0.001), and the average systolic blood pressure (SBP) significantly decreased (p-value < 0.001). However, no significant difference was found in the average diastolic blood pressure (DBP).

Therefore, it is recommended to promote and support the use of community management models to create sustainable changes in food consumption behaviors in the population.

Keywords: Low-Sodium Community Management Model, Food consumption behavior, Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพ[1] เป็นภาวะที่ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีอาการสำคัญ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ[2] จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าระหว่างปี พ.ศ. 2533-2562 จาก 650 ล้านราย เป็น 1.3 พันล้านราย รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 4 ใน 5 ราย ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเพียงพอ[3]

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าประชากรไทยวัยทำงานกว่า 10 ล้านคน เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะพัฒนาไปสู่โรคไตเรื้อรังภายใน 10 ปี หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เหมาะสม[4] ขณะที่ในปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 507,104 คน[5]

สำหรับจังหวัดอำนาจเจริญ ในปี 2566 มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 40,049 คน ร้อยละ 30.76 โดยผลการคัดกรอง พบว่า มีกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4,077 คน ร้อยละ 10.16 และกลุ่มสงสัยป่วยฯ ได้รับการตรวจติดตามตามเกณฑ์กรมควบคุมโรคกำหนด จำนวน 5,484 คน ร้อยละ 97.56[6] ในปีเดียวกัน อำเภอหัวตะพานพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง (กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง) จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 ของจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งพบมากเป็นอันดับ 3 ของจังหวัดอำนาจเจริญ[7]

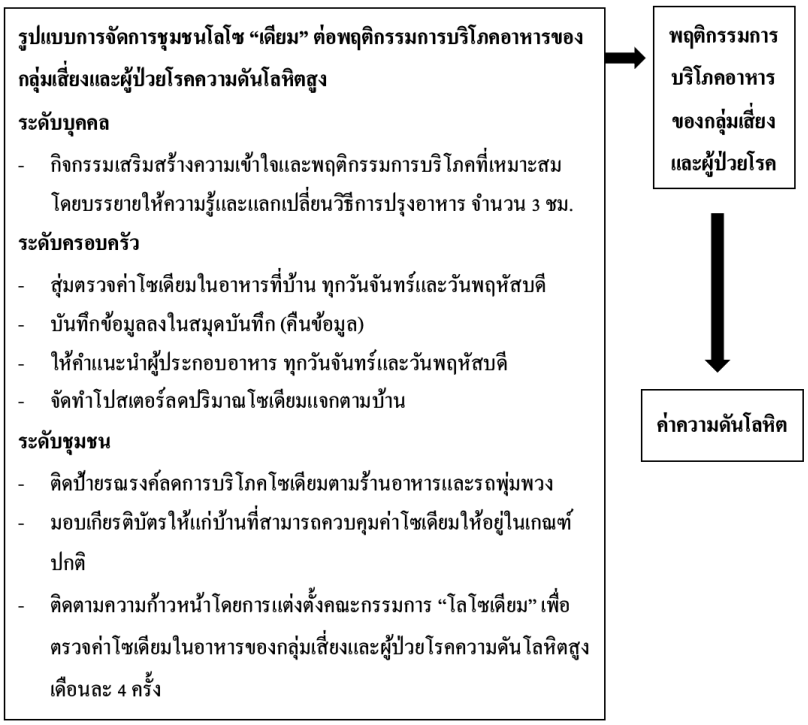
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยที่ควบคุมได้ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย และโดยเฉพาะการรับประทานอาหารเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งพบมากในกลุ่มวัยทำงาน[8] การจะแก้ไขปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน[9] จึงได้นำกระบวนการ AIC ตามแนวคิดเวชศาสตร์ชุมชน มาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และนักวิจัย ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง[10] บูรณาการกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรัง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เกิดเป็นแนวคิดการจัดการชุมชนโลโซ “เดียม” เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยอาศัยการทำงานแบบเชื่อมโยงกันหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล จนถึงระดับชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น[11,12]

จากข้อจำกัดของการศึกษาที่ผ่านมาที่ยังไม่พบการพัฒนารูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างเป็นรูปธรรม และจากการทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการจัดการชุมชนโลโซ “เดียม” เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พื้นที่หมู่บ้านจิกดู่ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาสุขภาพจากการบริโภคอาหารโซเดียมสูง และช่วยสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดอัตราการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการชุมชนโลโซ “เดียม” ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่หมู่บ้านจิกดู่ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยง [SBP: 120-139 mmHg]; [DBP: 80-89 mmHg] และผู้ป่วย [SBP: ≥ 140 mmHg)]; [DBP : >90 mmHg)] โรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจิกคู่ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ[13] จำนวน 428 คน

คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่อิสระต่อกัน ดังนี้

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

กำหนด Z_α = ค่าสถิติทดสอบ Z ที่ระดับ 0.05 เท่ากับ 1.96, Z_β = อำนาจการทดสอบที่ 90% เท่ากับ 1.28, σ_d^2 = ค่าความแปรปรวน เท่ากับ 5.52, μ_d^2 = ค่าเฉลี่ยของผลต่าง เท่ากับ 1.44 จากการศึกษาของวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ (2557)[14] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40.28 เมื่อคิดอัตราการสูญเสียร้อยละ 15 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยแบ่งประชากรตามหมู่บ้านที่อยู่ภายใต้เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจิกคู่ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ได้หมู่ที่ 1 บ้านจิกคู่ ซึ่งมีประชากรทั้งสิ้น 48 คน ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลทุกคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการจัดการชุมชนโลโซ “เดียม” (Low Sodium) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน ประกอบด้วย ขั้นตอนการทำ “รูปแบบการจัดการชุมชน Low Sodium ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน”

- ศึกษาบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ
- ดำเนินการจัดทำ “รูปแบบการจัดการชุมชน Low Sodium ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน” ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย กิจกรรมดังนี้

1. ระดับบุคคล

- กิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจและพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมโดยบรรยายให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ชั่วโมง

2. ระดับครอบครัว

- สุ่มตรวจค่าโซเดียมในอาหารที่บ้าน โดยบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึก (คืนข้อมูล) พร้อมกับให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบอาหาร ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี
- จัดทำโปสเตอร์ลดปริมาณโซเดียมแจกตามบ้าน

3. ระดับชุมชน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

- ติดป้ายรณรงค์ลดการบริโภคโซเดียมตามร้านอาหารและรถพุ่มพวง
- มอบเกียรติบัตรให้แก่บ้านที่สามารถควบคุมค่าโซเดียมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ติดตามความก้าวหน้าโดยการแต่งตั้งคณะกรรมการ โลโซ “เดียม” เพื่อตรวจค่าโซเดียมในอาหารของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เดือนละ 4 ครั้ง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นลักษณะคำถามที่กำหนดให้เลือก (Check list)) และแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ประเภทอาหารที่เลือกรับประทาน ลักษณะการปรุงอาหาร การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหาร และการมีส่วนร่วมในการจัดการของชุมชน มีลักษณะเป็น Rating scale 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด ถึงมากที่สุด จากนั้นแปลผลเป็น 3 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้เท่ากับ 0.96 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจิกดู่ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Paired Sample T-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 05/2567 ลงวันที่ 5 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน (กลุ่มป่วย 20 คน กลุ่มเสี่ยง 28 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.42 มีอายุเฉลี่ย 62 ปี (S.D.=11.44) มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับสงสัยป่วย (SBP: 140-179 / DBP: 90-109) ร้อยละ 31.25 สมรสแล้ว ร้อยละ 70.83 ส่วนใหญ่

จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.83 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 77.08 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.33

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง (รายด้าน)

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังการทดลองทุกด้านมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (รายด้าน) ในพื้นที่บ้านจิกดู่ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 48)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	การทดลอง	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{D}$	$S_{\bar{D}}$	t	p-value
1. ด้านการเลือกรับประทานอาหาร	ก่อน	3.37	0.63	1.07	0.87	8.50	<0.001
	หลัง	4.45	0.45				
2. ด้านลักษณะการปรุงอาหาร	ก่อน	3.34	0.65	1.04	0.89	8.06	< 0.001
	หลัง	4.38	0.50				
3. ด้านการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหาร	ก่อน	3.35	0.65	0.80	0.84	6.54	< 0.001
	หลัง	4.30	0.55				
4. ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการของชุมชน	ก่อน	3.40	0.72	0.92	0.88	7.20	< 0.001
	หลัง	4.33	0.63				

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง (โดยรวม)

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 4.37 (S.D. = 0.46) และมีค่าเพิ่มขึ้นจากเดิม โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 3.40 (S.D. = 0.56) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (โดยรวม) ในพื้นที่บ้านจิกดู่ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 48)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ค่าเฉลี่ย		Mean Difference ± S.D. (mmHg)	95%CI Mean Difference		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.		lower	upper		
ก่อนทดลอง	3.40	0.56	0.96 ± 0.77	1.18	0.73	8.56	< 0.001
หลังทดลอง	4.37	0.46					

4. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง (โดยรวม)

จากการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตส่วนบน (SBP) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.08 mmHg (S.D. = 16.44) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตส่วนล่าง (DBP) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (โดยรวม) ในพื้นที่บ้านจิกดู่ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 48)

ความดันโลหิต	ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (Mean ± S.D.) mmHg		Mean Difference ± S.D. (mmHg)	95%CI Mean Difference		p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		lower	upper	
SBP	134.85 ± 14.12	124.77 ± 13.48	10.08 ±16.44	5.3	14.85	< 0.001
DBP	78.62 ± 14.59	77.66 ± 7.15	0.95 ± 14.90	3.37	5.28	0.658

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสงสัยป่วย (≥140/90 mmHg) สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และส่วนใหญ่มีคนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 4.37 (S.D. = 0.46) และมีค่าเพิ่มขึ้นจากเดิมโดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 3.40 (S.D. = 0.56) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ก่อนการทดลอง กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านการรับประทานอาหาร ด้านลักษณะการปรุงอาหาร ด้านการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหาร ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการชุมชนอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน และภายหลังการทดลองมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า ผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองทุกด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 4.37 (S.D.=0.46) และมีค่าเพิ่มขึ้นจากเดิม โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 3.40 (S.D. = 0.56) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

3. ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อพิจารณาหลังได้รับการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตส่วนบน (SBP) ต่ำกว่าก่อนได้รับการทดลอง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยผลต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตส่วนบนเท่ากับ 10.08 mmHg (S.D. = 16.44) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตส่วนล่าง (DBP) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของรูปแบบการจัดการชุมชนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การศึกษาวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละด้านและโดยรวมเพิ่มขึ้นในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ (2557)[14] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเกลือต่ำและระดับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุน

ทางสังคมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเกลือต่ำดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยการนำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของ Bandura ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยโน้มน้าวกลุ่มทดลองให้ทราบถึงข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเกลือต่ำผ่านการให้ความรู้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เนื่องจากการให้ความรู้และการแนะนำเป็นปัจจัยขั้นแรก และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติขั้นต่อไปได้ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ และการจัดกิจกรรมโดยการเรียนรู้จากตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ผ่านสื่อที่ใช้ประกอบการสอน คู่มือ และเรียนรู้จากตัวแบบจริงจากผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมาเล่าประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารเกลือต่ำที่ประสบความสำเร็จ จะเป็นการกระตุ้นหรือชักจูงให้เกิดการรับรู้ว่าตนเองก็สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ โดยแต่ละกิจกรรมผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัวด้วยกับการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารเกลือต่ำให้ดีขึ้น เนื่องจากบุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใหม่นั้น เป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและมีแนวโน้มที่บุคคลไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องหากไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น รวมถึงการติดตามผลพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามครัวเรือนเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลออทิพย์ แสงทอง (2566)[15] โดยใช้วิธีการดำเนินการติดตามผลด้วยการบันทึกการบริโภคอาหารประจำวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลของรูปแบบการจัดการชุมชนต่อค่าความดันโลหิต

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตส่วนบน (SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับวิจัยของลำพูน ศรีสังข์รัตน์ และคณะ (2566)[16] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) เนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต คือ ลดการรับประทานอาหารกระป๋อง อาหารกึ่งสำเร็จรูป ขนมที่มีผงฟู อาหารเค็มหรือโซเดียมสูง เติมเครื่องปรุงในอาหารมากกว่า 1 ช้อน เนื่องจากเกลือโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำให้เพิ่มปริมาณเลือดเกิดแรงดันต่อผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การลดบริโภคอาหารเค็มหรือโซเดียมสูง จึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงได้ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวรัญญา ค้อชากูล และวรวุฒิ ชมภูพาน (2567)[17] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้

หลักการบริโภคอาหารในรูปแบบแดชไดเอทโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตค่าบนลดลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ 18.39 mm.Hg (95% CI=15.20, 21.75) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุและความต้องการการดูแลด้านการจัดการปัญหาโภชนาการในครอบครัวให้รับรู้และปรับเปลี่ยนเป็นความเข้าใจในความต้องการ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดความดันโลหิต เช่นเดียวกับงานวิจัยของสาคร เสริญไชสง (2567)[18] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็มต่อการลดการบริโภคโซเดียมระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.02) เนื่องจากการแสดงให้เห็นปริมาณโซเดียมที่มีในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม ส่งผลต่อผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารได้เป็นอย่างดี ดังนั้นการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตตัวบนได้ดีขึ้น

ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตส่วนล่าง (DBP) ก่อนการทดลองเท่ากับ 78.62 mmHg และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 77.66 mmHg ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลำพูน ศรีสังข์รัตน์ และคณะ (2566)[16] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย พบว่า ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางอายุ (40-60 ปี) ซึ่งมีพัฒนาการของร่างกายในทางเสื่อม ความดันโลหิตซิสโตลิกจะเพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากกว่า 50 ปี ซึ่งเป็นผลมาจากผนังหลอดเลือดแดงมีการแข็งและหนาตัว ความยืดหยุ่นลดลงมากกว่าผู้ใหญ่วัยตอนต้น ส่วนความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่เปลี่ยนแปลงมาก ประกอบกับกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย จึงมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสาคร เสริญไชสง (2567)[18] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็มต่อการลดการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิต Diastolic Blood Pressure ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม สัปดาห์ที่ 8 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาการติดตามนั้นสั้นไป จึงจำเป็นต้องใช้ระยะเวลา

การติดตามที่ยาวขึ้นเพื่อเห็นการเปลี่ยนแปลงในผลลัพธ์ การใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) จะส่งผลต่อผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารได้เป็นอย่างดี ดังนั้น การใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น ทัศนคติที่ดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรศึกษาแยกระหว่างกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากภายหลังเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตส่วนบน (SBP) และค่าความดันโลหิตส่วนล่าง (DBP) แล้วทำให้ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันค่อนข้างน้อย

2. ควรศึกษาเชิงทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาชุมชน Low Sodium ให้มีความน่าเชื่อถือและสมบูรณ์แบบมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากหลายส่วน ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจิกดู่ ที่ให้ความกรุณาเก็บข้อมูลในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กริช เรืองไชย, อภิญญา อุตระชัย, อาทิตยา วังวนสินธุ์. ความสัมพันธ์ของการบริโภคโซเดียมกับระดับความดันโลหิตในประชาชนภาคกลาง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(3): 184-97.
2. กรมควบคุมโรค. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=34026&deptcode
3. องค์การอนามัยโลก. รายงานของผลกระทบอันร้ายแรงจากโรคความดันโลหิตสูงและวิธีหยุดยั้งโรคนี้ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it

4. กองโรคไม่ติดต่อ. โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14506&tid=1-001-005,31,29&gid=1-015-005
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/healthdata/
6. แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นที่ 5: ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_report_summary/2023-03-28-09-49-03.pdf
7. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ. การใช้บริการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
8. ณินญาภร ใจยอด, อนุกูล มะโนทน. ประสิทธิผลการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 9(1): 15.
9. ภิญยา ไปมูลเปี่ยม, พัชนี อินใจ, วินัย ปันทะนะ, ไชยวัฒน์ น้ำเย็น. การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาคร อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559; 25(3): 394-400.
10. เรียมใจ พลเวียง, มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง. การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565; 31(1): 10.
11. สมสมัย รัตนกรีฑากุล, ชรัญญากร วิริยะ, พรเพ็ญ ภัทรากร. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในเขตเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2558; 8(3): 52-65.
12. สุพรรษา ยาใจ, ดวงนภา ปราบโรค. การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้การดูแลต่อเนื่องในบริการปฐมภูมิ. เชียงรายเวชสาร 2562; 11(2): 25-33.
13. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจิกดู่. ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่และรายเก่า. 2567.

14. วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, ปรีดา สาราลักษณ์, จันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา, สดศรี ประทุม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเกลือต่ำและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2557; 25(1): 72-84.

15. ละออทิพย์ แสงทอง. ผลของโปรแกรมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://hr.ptho.moph.go.th/fileupload/dep_10_2023062832720748.pdf

16. ลำพูล ศรีสังข์รัตน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2566; 30(3): 181-93.

17. วรัญญา ค้อชากูล, วรวุฒิ ชมภูพาน. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลักการบริโภคอาหารในรูปแบบแดชไดเอทโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2567; 6(1): 53-9.

18. สาคร เสริญไชสง. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็มต่อการลดการบริโภคโซเดียมระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข 2567; 4(1): 1-14.

ผลการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป ในวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เรื่อง การประเมินสภาพจิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

EFFECT OF FLIPPED CLASSROOM WITH VIDEOS ON YOUTUBE IN MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING SUBJECT: MENTAL STATUS EXAMINATION OF NURSING SCIENCE PROGRAM

Received: July 31, 2024
Revised: October 16, 2024
Accepted: October 22, 2024

ทมาภรณ์ สุขสวรรค์[1*], วัชรีพร อ่อนสด[1], พิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์[1]
Thamaporn Suksawan[1*], Watchareeporn Onsod[1], Pimpimol Ruangrit[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ก่อนและหลังการเรียนหัวข้อการประเมินสุขภาพจิตที่ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวิดีโอ YouTube กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 65 คน การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว การออกแบบก่อนและหลังเรียน ประเมินผลโดยใช้คะแนนการทดสอบการเรียนรู้และระดับความพึงพอใจในการจัดการเรียนรู้ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แผนการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านโดยใช้วิดีโอ YouTube 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบทดสอบก่อนและหลังเรียนหัวข้อการประเมินสุขภาพจิต 4) แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองและ 5) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที (dependent t-test)

ผลการศึกษา พบว่า 1) คะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลังเรียนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 2) คะแนนการทดสอบการเรียนรู้หลังเรียนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 3) นักศึกษามีความพึงพอใจในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.12, S.D. = 0.64)

คำสำคัญ: ห้องเรียนกลับด้าน, วีดีโอบนยูทูป, การเรียนรู้แบบนำตนเอง, นักศึกษาพยาบาล

[1] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
Boromrajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan
*Corresponding author E-mail: tamaporn@bcnsprnw.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

This research aimed to study self-directed learning behavior among third-year nursing students before and after studying mental health assessment topics that applied the flipped classroom learning concept combined with YouTube videos. This study was a quasi-experimental research, one group, pretest-posttest design. The samples were 65 third-year nursing students. Scores on the learning test and the learning management satisfaction level were examined. The research instruments consisted of 1) a flipped classroom learning plan with YouTube videos, 2) a general information questionnaire, 3) a pre-test and post-test of the mental health assessment topic, 4) a self-directed learning behavior scale, and 5) a satisfaction assessment. Data was analyzed by using mean, standard deviation, and dependent t-tests.

The results found that 1) self-directed learning behavior scores of the third-year nursing students after studying were significantly higher at the 0 .001 level. 2) learning test scores after studying were significantly higher at the 0.001 level. 3) The students were highly satisfied ($\bar{x}$ = 4.12, S.D. = 0.64).

Keywords: Flipped classroom, Videos on YouTube, Self-direct learning, Nursing student

บทนำ

โลกในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี แนวทางในการพัฒนาประเทศชาติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนได้รับการพัฒนา เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่จะเป็นกำลังสำคัญในการสร้างสรรค์สังคมที่อุดมไปด้วยปัญญา การจัดการศึกษาจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนจากยุคสมัยเดิมที่ผู้สอนมีหน้าที่บรรยาย ให้ความรู้กับผู้เรียนโดยตรง ไปสู่รูปแบบการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งมีความแตกต่างออกไปอย่างสิ้นเชิง โดยผู้สอนจะต้องไม่เป็นผู้สอนเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเป็นผู้ออกแบบการสอน ออกแบบกิจกรรม ช่วยแนะนำหรืออำนวยความสะดวกแก่ผู้เรียนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้โดยการลงมือปฏิบัติจริง[1] ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่ทันสมัยและมีความน่าเชื่อถือ

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่นิยมและสอดคล้องกับการสร้างการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 คือ การสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน (Flipped Classroom) เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่นำเทคโนโลยี อินเทอร์เน็ต วีดีโอและวีดีทัศน์ เป็นสื่อให้ผู้เรียนศึกษานอกชั้นเรียน และในทางกลับกันสิ่งที่ผู้สอนเคยให้ผู้เรียนทำที่บ้าน จะถูกนำมาทำในชั้นเรียน โดยมีครูผู้สอนเป็นผู้ช่วยเหลือให้คำแนะนำ[2] เพื่อเสริมประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของผู้เรียน รวมทั้งช่วยเหลือผู้เรียนที่เรียนไม่ทันหรือไม่เข้าใจเนื้อหาให้สามารถศึกษาด้วยตนเองซ้ำๆ ก่อนเข้าเรียน ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา เกิดความเข้าใจเนื้อหาที่เรียนเพิ่มมากขึ้น วิธีการจัดการเรียนการสอนดังที่กล่าวมาจำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้แบบนำตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้เรียนสามารถจัดการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยวิเคราะห์ความต้องการที่จะเรียน วางแผนในการเรียน มีความสามารถในการแสวงหาแหล่งความรู้ และวิธีการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง และมีผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะ อำนวยความสะดวกให้คำปรึกษา[3] ทำให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจ ความตั้งใจที่เด่นชัด ความคงทนของความพยายาม ความมุ่งหวังเพื่อไปสู่ผลสำเร็จ และการมองปัญหาว่าเป็นสิ่งท้าทาย[4] ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แบบนำตนเอง จะเกิดผลดีในการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และประสิทธิภาพในการเรียนได้ อันจะส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น

การจัดการเรียนการสอน วิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 เรื่อง การประเมินสภาพจิต (Mental Status Examination) ซึ่งในหัวข้อนี้มีสาระการเรียนรู้เกี่ยวกับการทำความเข้าใจ การใช้ทักษะในการสอบถาม การฟัง การสังเกต และการประเมินลักษณะบุคลิกภาพ อารมณ์ ความคิด การรับรู้ การใช้ความคิดปัญญา ความจำ ความสนใจ สมาธิ การใช้เหตุผล และการหยั่งรู้ตนเองของผู้ถูกประเมิน[5] เป็นหัวข้อหนึ่งที่มีความสำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่จะต้องศึกษาจนเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดทักษะ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ที่ผ่านมาการจัดการ

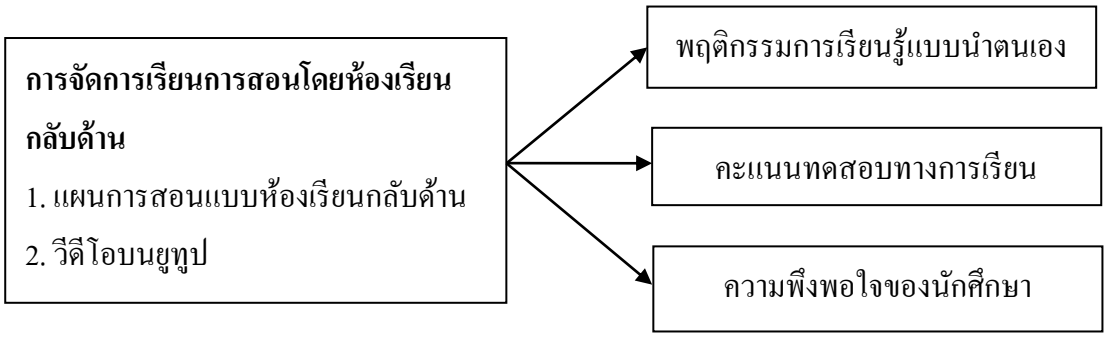
เรียนการสอนหัวข้อการประเมินสภาพจิต จะใช้รูปแบบบรรยาย ซึ่งมีเนื้อหาค่อนข้างมาก เข้าใจยาก ต้องใช้เวลานาน จนอาจทำให้นักศึกษาเหลือเวลาในการฝึกทักษะการประเมินสภาพจิตในชั่วโมงไม่มากพอที่จะทำให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติกับผู้รับบริการได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอน โดยใช้แนวคิดห้องเรียนกลับด้านร่วมกับการประยุกต์ใช้วีดีโอบนยูทูป หัวข้อการประเมินสภาพจิต ในวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ก่อนและหลังเรียน หัวข้อการประเมินสภาพจิต ในวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทดสอบทางการเรียน หัวข้อการประเมินสภาพจิต ในวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ก่อนเรียนและหลังเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่มีต่อการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดห้องเรียนกลับด้าน ซึ่งเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เปลี่ยนรูปแบบการสอนแบบเดิมที่ผู้สอนบรรยายเนื้อหาในห้องเรียน แล้วให้ผู้เรียนกลับไปทำการบ้าน เปลี่ยนเป็นผู้เรียนค้นคว้าหาความรู้ผ่านระบบเทคโนโลยี อินเทอร์เน็ต และวีดีโอ โดยให้ผู้เรียนศึกษานอกชั้นเรียนมาก่อน และในทางกลับกันสิ่งที่ผู้สอนเคยให้ผู้เรียนทำที่บ้านจะถูกนำมาทำในชั้นเรียน โดยมีครูผู้สอนเป็นผู้ช่วยเหลือให้คำแนะนำ[3] แนวทางในการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง (Self-Directed Learning) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้เรียนสามารถจัดการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยวิเคราะห์ความต้องการที่จะเรียน วางแผนในการเรียน มีความสามารถในการแสวงหาแหล่งความรู้ และวิธีการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีครูผู้สอนเป็นผู้ช่วยเหลือแนะนำ และสนับสนุน[6] ซึ่งการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองได้ ดังแสดงในกรอบแนวคิดของการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัย คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ห้อง 1 และห้อง 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ที่ศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2565 จำนวน 130 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ห้อง 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 65 คน ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

1. แผนการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป หัวข้อการประเมินสภาพจิต ประกอบด้วย กิจกรรมศึกษาความรู้ด้วยตนเองนอกห้องเรียนผ่านระบบ Google classroom และกิจกรรมในห้องเรียน จำนวน 2 ชั่วโมง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดำเนินการดังนี้ 1) ศึกษาโครงสร้างหลักสูตร คำอธิบายรายวิชา ผลการเรียนรู้ และเนื้อหาวิชา 2) กำหนดแผนการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป 3) ดำเนินการสร้างแผนการจัดการเรียนรู้ 4) นำแผนการจัดการเรียนรู้ที่สร้างขึ้น ให้กับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสม กิจกรรม สื่อ ภาษาที่ใช้ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC) ได้ค่าคะแนนระหว่าง 0.68-1.00 และนำข้อเสนอแนะนำมาปรับปรุงแผนการจัดการเรียนรู้ และ 5) ได้แผนการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป นำไปใช้ในการสอนต่อไป จำนวน 1 แผน และมีวีดีโอบนยูทูปที่นำมาให้นักศึกษาได้ศึกษาด้วยตนเอง จำนวน 3 เรื่อง ระยะเวลาประมาณ 10 -15 นาที/เรื่อง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด คือ

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ และเวลาเฉลี่ยในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อวัน

2. แบบทดสอบทางการเรียน ก่อนและหลังเรียน ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดำเนินการดังนี้ 1) ศึกษาเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) สร้างแบบทดสอบทางการเรียน หัวข้อการประเมินสภาพจิตในวิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน 3) เสนอแบบทดสอบทางการเรียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้กับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสม ภาษาที่ใช้ ตัวเลือก ของข้อคำถามเป็นรายข้อ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC) ได้ค่าคะแนนระหว่าง 0.67-1.00 4) นำแบบทดสอบที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน 5) นำคะแนนที่ได้จากการนำแบบทดสอบไปทดลองใช้ วิเคราะห์หาค่าความยากของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.39-0.59 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.4-1.0 และ 6) นำแบบทดสอบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3. แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง ของสุจินดา ประเสริฐ[7] เป็นแบบวัดมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จำนวน 46 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 31 ข้อ การให้คะแนน “จริงที่สุด" เท่ากับ 6 คะแนน ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 15 ข้อ การให้คะแนน “จริงที่สุด" เท่ากับ 1 คะแนน นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาค่าความเชื่อมั่นของการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

4. แบบประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ ของอาลาวีย๊ะ สะอะ[8] เป็นแบบวัดมาตราประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาค่าความเชื่อมั่นของการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. การชี้แจงข้อมูลในการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยสร้างห้องเรียนกลับด้านในระบบ Google classroom ชี้แจงการจัดการเรียนการสอน ให้ทำแบบทดสอบทางการเรียน และแบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองก่อนเริ่มเรียน

4. ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมชั้นเรียน ซึ่งจะได้รับรหัสชั้นเรียนจากผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยดำเนินการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป ในระบบ Google classroom ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมศึกษาความรู้ด้วยตนเองนอกห้องเรียนผ่านระบบ Google classroom และ 2) กิจกรรมในห้องเรียน จำนวน 2 ชั่วโมง ตามแผนที่กำหนดไว้

6. เมื่อดำเนินการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูปเสร็จ ผู้วิจัยให้ผู้เรียนตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบทางการเรียน และแบบประเมินความพึงพอใจ (หลังเรียนทันที)

7. ผู้วิจัยให้ผู้เรียนตอบ แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง (หลังเรียน 3 สัปดาห์)

8. หลังจากทำการทดลองในกลุ่มทดลองแล้ว ดำเนินการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป ให้กับกลุ่มประชากรที่เหลือจากการสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการทลองครั้งนี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อระบบการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

2. แบบทดสอบทางการเรียน นำคะแนนที่ได้จากการวัดก่อนเรียนและหลังเรียนมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเรียน โดยใช้ dependent sample t-test

3. แบบวัดพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง นำคะแนนที่ได้จากการวัดก่อนเรียนและหลังเรียนมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเรียน โดยใช้ Dependent sample t-test

4. แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม จัดทำและพัฒนาเครื่องมือวิจัย ส่งเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ ประชารักษ์ นครสวรรค์ เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

2. หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการเห็นชอบ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รับรองเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2565 เอกสารรับรองเลขที่ SPRNW-REC 007/2022 โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ซึ่งเป็นสถานที่เก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 92.3 มีอายุ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.6 และนักศึกษามีระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ต 5 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 69.29

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษา พบว่า พฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 มีคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป เฉลี่ยเท่ากับ 173.06 (S.D. = 19.55) และมีคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง หลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป หลังเรียน 3 สัปดาห์ เฉลี่ยเท่ากับ 202.56 (S.D. = 23.54) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาก่อนเรียนและหลังเรียน พบว่า คะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษา ก่อนและหลังเรียนหัวข้อการประเมินสภาพจิต ในวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป (n = 65)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ก่อนเรียน		หลังเรียน		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง	173.06	19.55	202.56	23.54	7.23	0.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนทดสอบทางการเรียน พบว่า คะแนนทดสอบทางการเรียน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป หัวข้อการประเมินสภาพจิต ในวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีคะแนนทดสอบทางการเรียน เฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (S.D. = 1.45) และมีคะแนนทดสอบทางการเรียน หลังเรียน เฉลี่ย

เท่ากับ 7.02 (S.D. = 1.66) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทดสอบทางการเรียน ก่อนเรียนและหลังเรียน พบว่า คะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนทดสอบทางการเรียน หัวข้อการประเมินสภาพจิตในวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ก่อนเรียนและหลังเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป (n = 65)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ก่อนเรียน		หลังเรียน		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนทดสอบทางการเรียน	3.62	1.45	7.02	1.66	15.84	0.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของนักศึกษา พบว่า ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป หัวข้อการประเมินสภาพจิต ในวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 (S.D. = 0.64) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกระบวนการและขั้นตอนการสอน มีค่าสูงสุด เฉลี่ยเท่ากับ 4.24 (S.D. = 0.58) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านกิจกรรมการเรียน เฉลี่ยเท่ากับ 4.12 (S.D. = 0.66) อยู่ในระดับมาก และด้านประโยชน์ที่ได้รับ เฉลี่ยเท่ากับ 4.08 (S.D. = 0.64) อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่มีต่อการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป (n = 65)

ความพึงพอใจของนักศึกษา	Mean	S.D.	แปลผล
1. ด้านกระบวนการและขั้นตอนการสอน	4.24	0.58	มาก
2. ด้านกิจกรรมการเรียน	4.12	0.66	มาก
3. ด้านประโยชน์ที่ได้รับ	4.08	0.64	มาก
ภาพรวมความพึงพอใจของนักศึกษา	**4.12**	**0.64**	**มาก**

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดของ Bergmann และ

Sams[2] เกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ห้องเรียนกลับด้าน (Flipped Classroom) ซึ่งกล่าวถึงครู กิจกรรมการสอน และนักเรียน ดังนี้ บทบาทของครูจะเปลี่ยนไปจากเดิม คือ ครูไม่ใช่เพียงผู้ถ่ายทอดความรู้ แต่จะเปลี่ยนบทบาทไปในลักษณะของติวเตอร์ ครูเปรียบเสมือนโค้ช หรือเป็นผู้จุดประกายทางความคิด นักเรียนจะมีโอกาสได้ทำกิจกรรมต่างๆ ภายในห้องมากกว่าการเรียนการสอนแบบเดิมและกิจกรรมต่างๆ ที่ทำในห้องนั้น นักเรียนต้องเป็นคนทำกิจกรรมด้วยตนเอง[9] สำหรับกิจกรรมการเรียนจะออกแบบให้ผู้เรียนต้องทำความเข้าใจด้วยตนเองจากเนื้อหาที่ครูจัดเตรียมให้นอกห้องเรียน หรือจากแหล่งการเรียนรู้สารสนเทศอื่นๆ เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาสรุปเป็นองค์ความรู้ของตนเอง แล้วจึงนำความรู้ที่ได้กลับมาทำกิจกรรมในห้องเรียนร่วมกับเพื่อนและครูผู้สอน ในลักษณะที่ว่า “เรียนที่บ้าน ทำการบ้านที่โรงเรียน”[10] จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยดำเนินการกำหนดวัตถุประสงค์ในการเรียน ออกแบบกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับเนื้อหาการเรียน และสื่อการสอน ในหัวข้อการประเมินสภาพจิต จากนั้นผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการศึกษาในสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และมีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้สอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ตั้งไว้ เน้นให้นักศึกษาได้เรียนรู้และสืบค้นความรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจได้อย่างรวดเร็วเมื่อถึงกิจกรรมเข้าเรียนในชั้นเรียน โดยก่อนเริ่มจัดการเรียนการสอนผู้วิจัยนำวีดีโอบนยูทูป เรื่อง การประเมินสภาพจิต เนื้อหาจากเอกสารประกอบการสอน รายชื่อหนังสือหรือความรู้จากแหล่งความรู้อื่นๆ ที่เตรียมไว้ เข้าไว้ในระบบ Google classroom ส่วนกิจกรรมของนักศึกษา ได้แก่ การดูสื่อการสอนจากวีดีโอบนยูทูป ศึกษาเนื้อหาจากเอกสารประกอบการสอน หนังสือเรียนหรือจากแหล่งความรู้อื่นๆ จากระบบ Google classroom ที่ครูเตรียมไว้ ซึ่งการเรียนในรูปแบบห้องเรียนกลับด้านช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง โดยนักศึกษาต้องมีการกำหนดเป้าหมาย วิธีการเรียนรู้ การควบคุมกระบวนการเรียนรู้ รวมถึงการประเมินผลการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากการเรียน เช่น เมื่อนักศึกษาไม่เข้าใจในเนื้อหาสามารถย้อนกลับไปดูใหม่ได้ สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา เรียนได้ทั้งจากโทรศัพท์หรือคอมพิวเตอร์ รวมทั้งยังช่วยพัฒนาทักษะในการสืบค้นข้อมูลเพื่อหาคำตอบในสิ่งที่สงสัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น และเมื่อนักศึกษาทำกิจกรรมในห้องเรียน ทำให้มีเวลาทำกิจกรรมในห้องเรียนเพิ่มขึ้น มีโอกาสนำความรู้ที่ได้ศึกษามาก่อนมาใช้ภายในห้องเรียน และสามารถฝึกฝนทักษะการประเมินสภาพจิตได้มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปิติณัช ราชภักดี และคณะ[11] ที่ได้ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้าน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้แบบนำตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในรายวิชากระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถในการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษา โดยใช้การจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้าน ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการเรียนรู้แบบนำตนเองหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน ซึ่งการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน

ถือเป็นหนึ่งในการสอนที่ส่งเสริมให้นักเรียนได้เรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ (active learning) เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ที่ควรให้ความสำคัญ[9] และส่งเสริมให้นำมาใช้ในทุกระดับชั้นต่อไป

2. คะแนนทดสอบทางการเรียน หัวข้อการประเมินสภาพจิต ในวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับวีดีโอบนยูทูป หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากนักศึกษาได้ดูวีดีโอบนยูทูป เรื่อง การประเมินสภาพจิต ร่วมกับการศึกษาเนื้อหาจากเอกสารประกอบการสอน หนังสือเรียนหรือจากแหล่งความรู้อื่นๆ ที่ครูเตรียมข้อมูลเข้าไว้ในระบบ Google classroom มาล่วงหน้า เมื่อนักศึกษาเข้ามาทำกิจกรรมในห้องเรียน โดยครูให้นักศึกษาถามคำถามในประเด็นที่สงสัยจากการเรียนด้วยตนเองกับเพื่อนในห้องเรียน ครูกระตุ้นให้นักศึกษาทุกคนในห้องเรียนได้มีส่วนร่วมในการพูดคุย เสนอความคิดเห็น และอภิปรายร่วมกัน ซึ่งการเรียน เรื่อง การประเมินสภาพจิตเป็นเนื้อหาที่ต้องใช้ระยะเวลาเรียนมาก การจัดการเรียนรู้ห้องเรียนกลับด้าน จึงช่วยให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจในเนื้อหาได้เร็วขึ้น เมื่อครูให้นักศึกษาฝึกทักษะการประเมินสภาพจิตกับเพื่อนตามแบบฟอร์มการประเมินสภาพจิต และสุ่มตัวแทนนำเสนอผลการประเมินสภาพจิตหน้าชั้นเรียนเพื่อแสดงทักษะการประเมินสภาพจิตของตนเอง และเพื่อนในชั้นเรียนได้มีส่วนร่วมในการอภิปรายร่วมกัน ถือเป็นการทบทวนบทเรียนไปพร้อมกับครู ทำให้เกิดความเข้าใจ[12] และมีทักษะการประเมินสภาพจิตได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้คะแนนทดสอบทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวริศรา คุ้มถิ่นแก้ว และขนิษฐา แน่นอุดร[13] พบว่า นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนนาหลวง สำนักงานเขตทุ่งครุ สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 ห้องเรียน รวม 77 คน ที่ได้รับวิธีการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับเทคนิคการสอนระดมพลังสมอง เรื่องค่ากลางของข้อมูล เมื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน เนื่องจากการจัดการเรียนรู้ด้วยรูปแบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับเทคนิคการสอนระดมพลังสมองเป็นการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้เรียนแต่ละคนไปสืบค้นข้อมูลที่ได้รับมอบหมายจากครูอย่างอิสระจากแหล่งเรียนรู้ต่างๆ แล้วนำมาอภิปรายในชั้นเรียนแบบกลุ่มส่งผลให้เกิดความเข้าใจในบทเรียนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวิไลลักษณ์ เอิบสุข และอนงนาฎ เพชรประเสริฐ[14] ได้ศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาอังกฤษเรื่อง Passive Voice โดยใช้วิธีการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่ได้รับการสอนโดยใช้วิธีการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านมีผลคะแนนแบบทดสอบหลังเรียนสูงกว่านักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ต่อการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับการใช้วีดีโอบนยูทูป หัวข้อการประเมินสภาพจิต ในวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจ

รายด้านเรียงตามลำดับ ดังนี้ 1) ด้านกระบวนการและขั้นตอนการสอน สิ่งที่ทำให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจ คือ มีการชี้แจงข้อตกลง และบอกกติกาการเรียนรู้ การใช้เทคนิคการสอนอื่นๆ ที่น่าสนใจนอกเหนือไปจากการบรรยาย และการเตรียมการสอนในเรื่องที่สอนแต่ละครั้งเป็นอย่างดี ทำให้นักศึกษาสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาได้อย่างแท้จริง 2) ด้านกิจกรรมการเรียน คือ กิจกรรมการเรียนรู้มีความเหมาะสมกับเนื้อหา เปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนตามความสนใจ สามารถขอคำแนะนำจากครูผู้สอนได้ใกล้ชิดขึ้น สอดคล้องกับนิภา กู้พงษ์ศักดิ์[15] ได้ศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาไทยเพื่อการสร้างสรรค์และความพึงพอใจต่อ วิธีการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน เรื่องการใช้คำ ชื่อเรื่อง ภาพพจน์ และโวหาร ของนักศึกษามหาวิทยาลัยกรุงเทพ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาไทยเพื่อการสร้างสรรค์ หลังเรียนด้วยวิธีการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านสูงกว่าวิธีการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อวิธีการสอนแบบห้องเรียนกลับในระดับมาก ได้แก่ ความพึงพอใจด้านความรู้ความเข้าใจเนื้อหา พบว่าการเตรียมพร้อมก่อนเรียนทำให้เวลาเรียนผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และ 3) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ คือ นักเรียนมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ความรู้ที่ได้รับสามารถเชื่อมโยงกับคุณธรรมจริยธรรมที่สอดแทรกในเนื้อหาได้อย่างดี การจัดการเรียนรู้ทำให้เข้าใจเพื่อนมากขึ้น ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น และสามารถนำวิธีการเรียนรู้ไปใช้ในวิชาอื่นๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tucker[16] พบว่า นักเรียนมีความพึงพอใจและสนุกกับการเรียน สนุกกับการดูวีดิทัศน์ ได้รับประโยชน์จากการดูวีดิทัศน์ ชอบแนวทางการเรียนของห้องเรียนกลับทางมากกว่าการเรียนการสอนแบบดั้งเดิมเพราะมีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างเพื่อนด้วยกัน มีการนำความรู้มาแลกเปลี่ยนกัน มีเวลาในการฝึกทักษะ และได้รับคำชี้แนะทบทวนจากครูผู้สอนอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สื่อวีดีโอบนยูทูปที่ใช้ในการสอนด้วยวิธีห้องเรียนกลับด้านนั้น เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง จึงควรพัฒนาต่อยอดให้มีรูปแบบที่น่าสนใจ คุณภาพของภาพและเสียง คมชัด และลดพื้นที่จัดเก็บ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถบันทึกไว้ทบทวนภายหลังโดยไม่ต้องเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต

2. ผู้สอนควรให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ส่งให้ผู้เรียน โดยเป็นข้อมูลที่ชัดเจน กระชับ และครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการเรียน จะทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น และควรมาจากแหล่งข้อมูลที่ทันสมัยและหลากหลาย

3. หากผู้เรียนไม่เตรียมตัวศึกษาข้อมูลก่อนเข้าเรียน ส่งผลให้ไม่สามารถอภิปราย แลกเปลี่ยนความรู้ในห้องเรียนได้ ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวผู้สอนต้องแจ้งให้ผู้เรียนรับทราบแนวทางการสอน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ และผลที่จะเกิดขึ้นหากไม่ศึกษาข้อมูลมาก่อนอย่างชัดเจน รวมทั้งเพิ่มช่องทางให้ผู้เรียนสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้สอนในระหว่างศึกษาด้วยตนเองนอกห้องเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยวิธีการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน ในหลากหลายรายวิชา เนื่องจากในแต่ละรายวิชามีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน และควรจัดให้กับนักศึกษาทุกชั้นปี

2. ควรจำแนกกลุ่มผู้เรียนออกเป็นระดับเก่ง ปานกลาง และอ่อน เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและสามารถจัดกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองให้เกิดขึ้นกับผู้เรียนแต่ละระดับได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. ฐานิดา ลิ่มวงศ์, ยุพาภรณ์ แสงฤทธิ์. "ห้องเรียนกลับด้าน: การเรียนรู้แนวใหม่สำหรับศตวรรษที่ 21" (21st Century Skills). Mahidol R2R e-Journal 2562; 6(2): 9-17.
2. Bergmann J, Sams A. Flip your classroom : reach every student in every class every day. USA : International Society for Technology in Education; 2012.
3. เขมกร อนุภาพ. การใช้การเรียนรู้แบบนำตนเอง เพื่อพัฒนาการเรียนรู้วิชาคอมพิวเตอร์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์; 2560.
4. Garrison DR. Self-directed Learning: Toward a comprehensive model. Adult Education Quarterly 1997; 48(1): 18-33.
5. กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันธ์ วัฒนวิกย์กิจ, ศิรินภา อภิสิทธิ์ภิญโญ. จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
6. Knowles M. Self-directed learning: A guide for learners and teachers. UK: Cambridge Book Co; 1975.
7. สุจินดา ประเสริฐ. ผลของการพัฒนาแรงจูงใจภายในการเรียนรู้และความสามารถในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
8. อาลาวีย๊ะ สะอะ. ผลการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับทางที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนทักษะการคิดวิเคราะห์และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
9. ปฏิญญา จันทร์เพ็ญ และภัทรพรรณ พรหมคช. การจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษตามแนวคิดห้องเรียนกลับด้าน. Journal of Education Studies 2566; 1(1): 1-11.
10. วสันต์ ศรีหิรัญ. ห้องเรียนกลับด้านกับการคิดวิเคราะห์. วารสารบัณฑิตศึกษา 2560; 14(65): 19-28.

11. ปิติณัช ราชภักดี, นันทาวดี ศิริจันทรา, ณัฐวรรณ ชัยมีเขียว, จุฑารัตน์ เสาวพันธ์, สุกัญญา ฆารสินธุ์ และพวงผกา อินทร์เอี่ยม. ผลของการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้ แบบนำตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในรายวิชา กระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพ. วารสารวิชาการหลักสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 2564; 13(38): 121-130.
12. อากร พุทธรักษา, รัชนิกร ชลไชยะ, วริน วิพิศมากูล และจุฑาพร เนียมวงษ์. การศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความเครียด เรื่อง จำนวนจริง ด้วยวิธีห้องเรียนกลับด้านของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. วารสารบัณฑิตศึกษา 2562; 16(73): 58-65.
13. วริศรา คุ้มถิ่นแก้ว และขนิษฐา แน่นอุดร. ผลการศึกษาการจัดการเรียนรู้ด้วยรูปแบบห้องเรียนกลับด้านร่วมกับเทคนิคการสอน ระดมพลังสมองที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาคณิตศาสตร์ เรื่องค่ากลางของข้อมูล ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6. วารสารครุศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี 2564; 5(2): 57-69.
14. วิไลลักษณ์ เอิบสุข และอนงนาฏ เพชรประเสริฐ. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาอังกฤษเรื่องกรรมวาจกของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่สอนโดยใช้วิธีการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน กับการสอนด้วยวิธีปกติ. วารสารวิชาการสถาบันพัฒนาพระวิทยากร 2567; 7(1): 281-295.
15. นิภา กู้พงษ์ศักดิ์. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาไทยเพื่อการสร้างสรรค์และความพึงพอใจต่อวิธีการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2560; 11(1): 55-67.
16. Tucker, DM. Investigating The Efficacy A Flipped Science Classroom Model. Montana State University. [Internet] 2013 [cited 2024 Jan 3]. Available from: https://scholarworks.montana.edu/xmlui/handle/1/8766

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์

FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS FOR PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES IN KALASIN PROVINCE

Received: July 18, 2024
Revised: August 15, 2024
Accepted: September 07, 2024

เนมิราช จิตรปรีดา[1], ธีรศักดิ์ พาจันทร์[2*], สุทิน ชนะบุญ[3], กฤษณ์ ขุนลึก[4]
Nemirachi Gitpreeda[1], Teerasak Phajan[2*], Sutin Chanaboon[3], Kris Khunluek[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 328 คน ที่ได้จากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ Multiple Logistic Regression เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต นำเสนอค่า Adjusted OR, 95%CI และ p-value

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.50 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตดีได้แก่ ภาระการดูแลระดับน้อยถึงปานกลาง (Adjusted OR=3.11; 95% Cl: 1.72-5.60; p-value < 0.001) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Adjusted OR=8.77; 95% Cl: 3.20-24.04; p-value < 0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจระดับเพียงพอและเป็นเลิศ (Adjusted OR=5.44; 95% Cl: 1.12-26.46; p-value < 0.001)

[1] นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Student, Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Asst.Prof., Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute
[3] อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute
[4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
Asst.Prof., Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University
*Corresponding author E-mail: teerasak@scphkk.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ระดับสูง (Adjusted OR=2.97; 95% Cl: 1.63-5.40; p-value < 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารระดับสูง (Adjusted OR=9.36; 95% Cl: 3.71-23.61; p-value < 0.001)

ดังนั้น ควรคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้พิการอย่างสม่ำเสมอและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต,ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว, ภาระการดูแล, ภาวะซึมเศร้า, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to assess the quality of life and its associated factors among caregivers of individuals with physical disabilities in Kalasin Province. The sample consisted of 328 caregivers, selected through stratified random sampling. Data were collected through questionnaires. Data analysis involved both descriptive and inferential statistics. Multiple logistic regression was utilized to analyze factors associated with quality of life. The results were presented as Adjusted OR, 95% CI, and p-value.

The findings revealed that the majority of caregivers had a moderate level of overall quality of life (62.50%). Significant factors associated with a good quality of life included low to moderate caregiving burden (Adjusted OR=3.11; 95% CI: 1.72-5.60; p-value < 0.001), absence of depression (Adjusted OR=8.77; 95% CI: 3.20-24.04; p-value < 0.001), sufficient and excellent health literacy in comprehension domain (Adjusted OR=5.44; 95% CI: 1.12-26.46; p-value < 0.001), high level emotional social support (Adjusted OR=2.97; 95% CI: 1.63-5.40; p-value < 0.001), and high level informational social support (Adjusted OR=9.36; 95% CI: 3.71-23.61; p-value < 0.001).

Therefore, regular screening and assessment of depression among caregivers are recommended. Enhancing health literacy, particularly in understanding health information, along with emotional and informational social support, is crucial for improving the quality of life of caregivers of individuals with physical disabilities.

Keywords: Quality of Life, Physical Disabilities, Caregiving Burden, Depression, Health Literacy, Social Support

บทนำ

ความพิการเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการและผู้ดูแล จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2554 พบว่า ประชากรมากกว่าหนึ่งพันล้านคนเป็นผู้ที่มีความพิการ คิดเป็นประมาณ 15% ของประชากรทั่วโลก โดยในจำนวนนี้ มีผู้ที่มีความพิการขั้นรุนแรงถึง 110 ล้านคน (2.2%) และมีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรคถึง 975 ล้านคน (19.4%)[1] ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2566 พบว่า มีผู้พิการทั้งประเทศ 2,183,982 คน โดยประเภทความพิการที่พบมากที่สุด คือ ทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 1,112,763 คน สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้พิการ 36,535 คน และประเภทความพิการที่พบมากที่สุด คือ ทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 15,941 คน[2]

การดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเป็นภารกิจที่ท้าทายสำหรับญาติผู้ดูแล จากการศึกษาบริบทการดูแล พบว่า กิจกรรมการดูแลมีจำนวนมาก เป็นงานที่หนักและมีความซับซ้อนยุ่งยากในการตัดสินใจและการปฏิบัติ[3] ซึ่งการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเป็นภาระการดูแลที่ต่อเนื่องยาวนาน[4]

ด้วยภาระการดูแลที่หนักและต่อเนื่องดังกล่าว คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจะได้รับผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพชีวิตถือเป็นตัวชี้วัดด้านสถานะสุขภาพที่สำคัญ ประกอบด้วย ความสมบูรณ์ด้านสังคม อารมณ์ และคุณภาพชีวิต โดยคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง และความรู้สึกต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง[5] คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์และส่งผล เช่น ความรอบรู้ทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม[6] โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะหรือความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต[7] และเมื่อบุคคลเผชิญปัญหาในชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้างมีผลดี ต่อสภาพจิตใจ ทำให้รู้สึกปลอดภัย มีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้สามารถปรับตัวและเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลรับมือกับความท้าทายในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[8] ที่ผ่านมา มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการค่อนข้างมาก แต่ยังมีการศึกษาน้อยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้พิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ยังไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้มากนัก ทำให้ยังขาดข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการของผู้ดูแลในพื้นที่นี้ซึ่งเป็นจังหวัด ที่มีจำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวสูง นอกจากนี้ ยังขาดการศึกษาครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุน ทางสังคม จะเห็นได้ว่า เมื่อบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ก็จะสามารถปรับตัวและผ่านปัญหาอุปสรรคไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย:เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical resaerch) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมดจำนวน 15,941 คน

กลุ่มตัวอย่าง: คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ของ Hsieh และคณะ[9]โดยอ้างอิงค่าสัดส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิต จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน[10] แทนค่า P_0 คือสัดส่วนของคุณภาพชีวิตดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (P_0= 0.426) P_1 คือสัดส่วนของคุณภาพชีวิตดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง (P_1= 0.717) B คือสัดส่วนของคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง (B = 0.486) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 90% (β = 0.10 มีค่าเท่ากับ 1.28) α = 0.05 ที่ระดับความเชื่อมัน 95% ผู้วิจัยเลือกขนาดตัวอย่างที่ Rho-square (ρ^2) = 0.8, Variance inflation factor (VIF) = 2.78 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 328 คน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ดูแลหลักของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือจำเป็นต้องมีผู้ดูแล อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้พิการอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน และเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยและเป็นญาติที่อยู่กับผู้พิการโดยให้การดูแลแบบไม่รับค่าตอบแทน ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ มีปัญหาสุขภาพ จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ทำการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยโดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (Check-list) และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาระด้านการดูแล จำนวน 12 ข้อ ใช้แบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden ภาษาไทย ฉบับ 12 ข้อ[11] โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ ลักษณะข้อคำถามวัดระดับความรู้สึก คือ แทบทุกครั้ง ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่มีเลย เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้ แทบทุกครั้ง จะได้ 4 คะแนน ค่อนข้างบ่อยจะได้ 3 คะแนน บางครั้งจะได้ 2 คะแนน นานๆ ครั้งจะได้ 1 คะแนน และไม่มีเลยจะได้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ 0-20 คะแนน ภาระด้านการดูแลน้อย 21-40 คะแนน ภาระด้านการดูแลปานกลาง >40 คะแนน ภาระด้านการดูแลมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินภาวะภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 2 Q และ 9Q[12] แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง "เป็นผู้มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า" ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

<7 คะแนน	หมายถึง ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการน้อยมาก
7-12 คะแนน	หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18 คะแนน	หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19 คะแนน	หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์องค์ประกอบของ Toçi, Burazeri, Sorensen, Kamberi, & Brand (2015)[13] มีข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ ยากมาก ได้ 1 คะแนน, ค่อนข้างยาก ได้ 2 คะแนน ,ค่อนข้างง่ายได้ 3 คะแนน และง่ายมาก ได้ 4 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 (24-47 คะแนน)

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา ได้คะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 50-65 (48-62 คะแนน)

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ได้คะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 66-84 (63-81 คะแนน)

ระดับ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ ได้คะแนน ≥ ร้อยละ 85 ขึ้นไป (82-96 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยได้แนวทางการกำหนดองค์ประกอบตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) [14] ลักษณะข้อคำถามครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด จำนวน 21 ข้อเกณฑ์การให้คะแนนมีดังต่อไปนี้ ข้อความที่มีความหมายทางบวก จะได้คะแนน 5 ถึง 1 จาก “จริงมากที่สุด” ถึง”จริงน้อยที่สุด”

ถ้าเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าที่มีคะแนนต่ำกว่าการแปลความหมายพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1977)[15] แปลผลเป็น 3 ระดับ โดยคิดช่วงคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับ คือ (100-20)/3 เท่ากับ 26.66 มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

73.34-100 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง

46.67-73.33 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

20-46.66 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOI-BRFP-THAI)[16] มีจำนวน 26 ข้อแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เป็นคำถามเกี่ยวกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL–BREF–THAI การให้คะแนนข้อคำถาม ที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คำถามกลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตดี

เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการแปลผลและการไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ดังนั้น กรณีหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มระดับคุณภาพชีวิต เป็น 2 กลุ่ม (Dichotomous Variable) ดังนี้

- ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีและปานกลาง คะแนน 26-95 คะแนน
- ระดับคุณภาพชีวิตดี คะแนน 96-130 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าความสอดคล้องของเนื้อหารายข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence; IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1

2. ความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจาก อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนตัวอย่าง 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในโดยใช้การหาความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนของเครื่องมือที่วัดภาระด้านการดูแล ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 ส่วนเครื่องมือที่วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่ามัธยฐานค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และ 2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้พิการ ได้แก่ Simple logistic regression นำเสนอข้อมูลด้วย Crude odds ratio (COR), Multiple logistic regression นำเสนอข้อมูลด้วย Adjusted odds ratio (AOR) ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% Confidence Interval (95% CI) และค่า p-value

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยยึดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในตัวบุคคล (Respect for people) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักยุติธรรม (Justice) และงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่จริยธรรม HE671002 เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลผู้ดูแลพิการทางการเคลื่อนไหวพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.48 อายุเฉลี่ย 51.46 ปี (S.D. = 8.70) อายุต่ำสุด27 ปี, อายุสูงสุด 80 ปี จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.99 สถานภาพการสมรส (อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 72.87 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.99 มีค่ามัธยฐานรายได้ครอบครัว 5,000 บาทต่อเดือน IQR = 10,500 บาท (รายได้ต่ำสุด 600 บาทต่อเดือน, รายได้สูงสุด 51,098 บาทต่อเดือน) ความสัมพันธ์กับผู้พิการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 33.23 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเฉลี่ย 5 ปี (S.D. = 1.58) ระดับความพิการของผู้พิการที่ดูแลมีความยากลำบากปานกลาง ร้อยละ 39.33

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.50 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.89 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านจิตใจมีคุณภาพชีวิตดีสูงสุด ร้อยละ 51.83 รองลงมา คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสุขภาพกาย มีระดับคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 36.59, 30.79 และ 27.47 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาระด้านการดูแลผู้พิการฯระดับมาก ร้อยละ 43.29 มีอาการภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.56 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ ร้อยละ 73.48 และการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 85.67

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาระด้านการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้พิการ

ทางการเคลื่อนไหว ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร

ภาระด้านการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า บุคคลที่มีภาระด้านการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวต่ำถึงปานกลาง มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 3.11 เท่า ของบุคคลมีภาระมาก (Adjusted OR=3.11; 95% Cl: 1.72 ถึง 5.60; p-value < 0.001)

ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า บุคคลไม่มีภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 8.77 เท่า ของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า (Adjusted OR=8.77; 95% Cl: 3.20 ถึง 24.04; p-value < 0.001)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจเพียงพอและเป็นเลิศ มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 5.44 เท่า ของบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจไม่เพียงพอและเป็นปัญหา (Adjusted OR =5.44 ; 95% Cl: 1.12 ถึง 26.46; p-value < 0.001)

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ในระดับสูง มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 2.97 เท่า ของบุคคลมีได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ต่ำถึงปานกลาง (Adjusted OR = 2.97; 95% Cl: 1.63 ถึง 5.40; p-value < 0.001)

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในระดับสูง มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 9.36 เท่า ของบุคคลมีได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารต่ำถึงปานกลาง (Adjusted OR = 9.36; 95% Cl: 3.71 ถึง 23.61; p-value < 0.001)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) (n = 328)

ปัจจัย	จำนวน	%คุณภาพชีวิตดี	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
ภาระด้านการดูแลผู้พิการฯ						< 0.001
มาก	142	19.01	1	1	1	
น้อยถึงปานกลาง	186	50.54	4.30	3.11	1.72 ถึง 5.60	
ภาวะซึมเศร้า						< 0.001
มีอาการภาวะซึมเศร้า	74	6.76	1	1	1	
ไม่มีอาการภาวะซึมเศร้า	254	45.67	11.6	8.77	3.20 ถึง 24.04	

ปัจจัย	จำนวน	%คุณภาพชีวิตดี	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจ						< 0.001
ไม่เพียงพอ/เป็นปัญหา	22	9.09	1	1	1	
เพียงพอ/เป็นเลิศ	306	38.89	6.36	5.44	1.12 ถึง 26.46	
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์						< 0.001
ต่ำถึงปานกลาง	152	19.08	1	1	1	
สูง	176	52.27	4.64	2.97	1.63 ถึง 5.40	
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร						< 0.001
ต่ำถึงปานกลาง	61	9.84	1	1	1	
สูง	267	43.07	6.93	9.36	3.71 ถึง 23.61	

สรุปผลการวิจัย

การวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.50 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีระดับคุณภาพชีวิตดีที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.83 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 36.59 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 30.79 และด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 27.47 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาระด้านการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ภาวะซึมเศร้า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดกาฬสินธุ์อยู่ในระดับปานกลาง (62.50%) โดยด้านจิตใจมีคุณภาพดีที่สุด (51.83%) สาเหตุที่คุณภาพชีวิตรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ ภาระการดูแลที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งร่างกายและสังคม อย่างไรก็ตาม ด้านจิตใจที่ดีอาจเกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าและการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2552)[17] ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเช่นกัน

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

2.1 ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อาจเป็นเพราะภาระการดูแลที่มากขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อเวลาส่วนตัว การทำงาน และสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rha et al. (2015)[18] ที่พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพจิตและการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล อีกทั้งยังอาจส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pinquart & Sorensen (2003)[19] ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความเข้าใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความสามารถในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน อีกทั้งยังช่วยให้การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์มีประสิทธิภาพผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yuen et al. (2018)[21] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ Shahriari et al. (2020)[22] ที่ระบุว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้พิการ

2.4 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียด เพิ่มความมั่นใจ และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chronister et al. (2010)[22] ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ควรลดภาระการดูแลด้วยบริการดูแลชั่วคราว (Respite care) และสนับสนุนอุปกรณ์ช่วย เช่น รถเข็นและเตียงปรับระดับ นอกจากนี้ต้องมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและจัดบริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการอบรมและสื่อที่เข้าใจง่ายก็สำคัญเช่นกัน การเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมด้วยกลุ่มผู้ดูแลในชุมชนและอาสาสมัครจะช่วยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล สุดท้ายควรผลักดันนโยบายสวัสดิการ เช่น เงินช่วยเหลือและสิทธิประโยชน์ทางภาษี เพื่อปรับปรุงบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว โดยนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมแทรกแซงและทดสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

2. ควรทำการวิจัยระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวตลอดช่วงเวลาการดูแล ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจพลวัตของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ดูแลผู้พิการทางการจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ได้อนุญาตให้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในพื้นที่ และได้ให้ข้อมูลในการศึกษาที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้ ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้กรุณาอำนวยความสะดวก ให้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลการศึกษาในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, World Bank. World Report on Disability [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2023 May 20]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182
2. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์. ข้อมูลคนพิการ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://kalasin.m-society.go.th/4-ข้อมูลคนพิการ/
3. ชรินทร์ทิพย์ ชัยชุมพล, นันทพร ทองเภา, อ้อมใจ แต้เจริญวิริยะกุล. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแลในตำบลกระแซงอำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพ และการศึกษาพยาบาล 2561; 24(2): 52-66.
4. Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal caregiving and its impact on health: a reappraisal from population-based studies. Gerontologist 2015; 55(2): 309-319.
5. ณัฐพงศ์ เป็นลาภ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย. ศึกษาเฉพาะกรณีตำบลบางโฉลงอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสังคมภิวัฒน์ 2563; 11(3): 1-12.

6. Prutipinyo C, Maikeow K, Sirichotiratana N. Relationship between caregiver burden and health-related quality of life among primary caregivers of children with cerebral palsy. J Health Res 2018; 32(6): 505-513.
7. ภัทร์ธนิตา ศรีแสง, วราภรณ์ ดีน้ำจืด. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร: การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 20(2): 340-350.
8. Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 1976; 38(5): 300-314.
9. Hsieh,Y. F., Bloch, D. A., &Larsen, M. D. A simple method of sample s calculation for linear and logistic regression. Statistic in Medicine 1998; 17: 1623-1634.
10. ทิวากร พระไชยบุญ, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, อัจฉรา นาเมือง, นาฏนภา หีบแก้ว, ปัดชา สุวรรณ์, อลงกรณ์ สุขเรืองกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2563; 4(2): 48-56.
11. อรวรรณ ศิลปะกิจ, รสสุคนธ์ ชมชื่น, ชัชวาล ศิลปะกิจ. คุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2558; 23(1): 12-24.
12. Arunpongpaisal S, Kongsuk T, Maneethorn N, Maneethorn B, Wannasawek K, Leejongpermpoon J, et al. Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community. Asian J Psychiatr 2009; 2: 149-52.
13. Toçi,E., Burazeri,G., Sorensen,K., Kamberi,H., & Brand,H. Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population. Eur J Public Health 2015; 25(3): 482-486.
14. House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme SL, editors. Social support and health. Orlando: Academic Press; 1985. p. 83-108.
15. Best, J.W. Research in Education. New Jersey :Prentice Hall, Inc.1977.
16. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI). โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2545 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dmh.go.th/test/ whoqol

17. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง. การศึกษาสถานการณ์ความต้องการการดูแลและภาระการดูแลของผู้สูงอายุระยะยาว. วารสารพยาบาลศาสตร์2552; 27(2): 24-36.

18. Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., & Lee, J. Caregiving burden and health-promoting behaviors among the family caregivers of cancer patients. European Journal of Oncology Nursing 2015; 19(2): 174-181.

19. Pinquart, M., & Sörensen, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. Psychology and Aging 2003; 18(2): 250-267.

20. Yuen, E. Y., Knight, T., Dodson, S., Ricciardelli, L., Burney, S., & Livingston, P. M. Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic review. Health & Social Care in the Community 2018; 26(3): e285-e298.

21. Shahriari, M., Ahmadi, M., Babaee, S., Mehrabi, T., & Sadeghi, M. Effects of a family support program on self-care behaviors in patients with congestive heart failure. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2020; 18(2): 152-157.

22. Chronister, J., Chan, F., Sasson-Gelman, E. J., & Chiu, C.Y. The association of stress-coping variables to quality of life among caregivers of individuals with traumatic brain injury. NeuroRehabilitation 2010; 27(1): 49-62.

การวิเคราะห์บริบทของปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: การศึกษาแบบผสานวิธีในหลายระดับ

CONTEXTUAL ANALYSIS OF FACILITATORS AND BARRIERS TO COMMUNITY-BASED MENTAL HEALTH SERVICE PROVISION FOR PATIENTS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS AND SUBSTANCE USERS AT HIGH RISK OF VIOLENCE: A MULTI-LEVEL MIXED-METHODS STUDY

Received: August 29, 2024
Revised: October 25, 2024
Accepted: November 03, 2024

ขัติยา แก้วสมบัติ[1*], อิศรา ขุนพิลึก[1], ชินกร สุจิมงคล[2], อัญชลี วิจิตรปัญญา[3]
Kuttiya Kaewsombat[1*], Issara khunpiluek[1], Chinakorn Sujimongkol[2], Anchalee Wijitpanya[3]

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องดูแลสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม การจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน จัดการ และลดความรุนแรง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชน ศึกษาแบบผสานวิธีหลายระดับ วิธีวิจัย 1) การวิจัยเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Fisher's Exact Test การวิเคราะห์ทางสถิติใช้ภาษา R เวอร์ชัน 4.2.1 และแพ็คเกจ tidyverse 2) การวิจัยเชิงคุณภาพสำรวจแบบมีโครงสร้างผ่านแบบสอบถามออนไลน์กับบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดเลย ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย ปี 2566 มีผู้ป่วย SMI-V 6,303 คน (ร้อยละ 1.31) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองและทำร้ายผู้อื่น พบมากที่สุด การวิเคราะห์เชิงคุณภาพแสดงให้เห็นปัจจัยที่เอื้อ เช่น ความร่วมมือของ

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
Loei Provincial Public Health Office
[2] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
Sirindhorn College of Public Health Khon kaen
[3] โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
Loei Ratchanakharin Psychiatric Hospital
*Corresponding author E-mail: kuttiya77@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

ครอบครัวและชุมชน การมีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง และนโยบายที่เอื้อต่อการดูแล ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ ทัศนคติเชิงลบ การขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณที่ไม่เพียงพอ

การจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วย SMI-V การพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร การจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม และการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน

คำสำคัญ: การจัดบริการสุขภาพจิต, การวิจัยแบบผสานวิธี, ความรุนแรง, ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง, ยาเสพติด

Abstract

Background: Patients with severe mental illness and substance use disorders, at high risk of violence (SMI-V), are a vulnerable population requiring appropriate mental health care. Community-based mental health services play a crucial role in preventing, managing, and reducing violence associated with this patient group. Objective: To explore the context and analyze facilitating and hindering factors of the services provision for SMI-V patients using a multi-level mixed-methods study. Methods: This mixed-methods research consisted of 1) quantitative analysis of secondary data from the HDC database of the Ministry of Public Health, and 2) qualitative structured survey through an online questionnaire with public health personnel in Loei Province. Data analysis employed descriptive statistics and content analysis.

Results: In the fiscal year 2023, there were 6,303 SMI-V patients (1.31%), with self-harm and harm to others being the most common behaviors. Qualitative analysis revealed facilitating factors such as family and community collaboration, strong working networks, and supportive policies, while hindering factors included negative attitudes, staff shortages, and insufficient budgets.

Conclusion: The findings highlight the challenges in providing the services for SMI-V patients. Developing an effective service system requires collaboration between agencies, capacity building of personnel, appropriate budget allocation, and raising awareness in the community.

Keywords: mental health services, mixed-methods, violence, severe mental illness, substance abuse

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประมาณ 1 ใน 8 ของประชากรโลกหรือราว 970 ล้านคน กำลังเผชิญปัญหาสุขภาพจิต[1] ในประเทศไทยสถานการณ์ก็ไม่แตกต่างกัน ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตแสดงให้เห็นว่า ในปี 2566 มีประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีความผิดปกติทางจิตใจประมาณ 4 ล้านคน และมีผู้ใช้สารเสพติด 2.5 ล้านคน คิดเป็น 6.44% ของประชากรทั้งหมด[2] แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น แต่การเข้าถึงการรักษายังเป็นปัญหาท้าทาย มีเพียง 38.75% ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ขณะที่กว่า 60% ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่จำเป็น ซึ่งหมายถึง ส่วนหนึ่งจะต้องรักษาตัวอยู่ที่บ้านหรือชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงได้ตลอดเวลา เนื่องจากสารเสพติดบางชนิดกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดความก้าวร้าว[3] ซึ่งจะกลุ่มผู้ป่วยเรียกว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดและมีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง (SMI-V) โดยบางส่วนมักมีอาการทางจิตที่รุนแรงและอาจก่อให้เกิดปัญหาหลังจากกลับเข้าสู่ชุมชนหากขาดการบำบัดที่ต่อเนื่อง[4] การศึกษาโดย แวนดอร์น [5] พบว่า ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงมีโอกาสก่อพฤติกรรมรุนแรงสูงขึ้นในช่วง 2-4 ปี หลังจากเริ่มต้นการศึกษา โดยมีสัดส่วนร้อยละ 2.9. นอกจากนี้ สวาร์ทซ และคณะ[6] และบราดิซซา[7] พบว่า SMI-V ร่วมกับปัญหาการใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ต้องการการดูแลและบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น การพัฒนาบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความรุนแรง และส่งเสริมความปลอดภัยทั้งของผู้ป่วยและชุมชนโดยรวม การจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน จัดการ และลดความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย SMI-V อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงและประสิทธิผลของบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับกลุ่มประชากรนี้ยังคงเป็นความท้าทาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังมีช่องว่างในการศึกษาปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วย SMI-V โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาที่พิจารณาปัจจัยในหลายระดับและบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อีกทั้งบริบทของปัญหานี้ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยและถือว่าเป็นเรื่องค่อนข้างใหม่สำหรับประเทศไทยในการพัฒนาระบบ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์บริบทหรือปัจจัยแวดล้อมต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้การศึกษาแบบผสานวิธีในหลายระดับ ผลการศึกษาจะให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในระดับต่างๆ และบริบทที่ปัจจัยเหล่านั้นดำเนินอยู่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนามาตรการและ

แนวทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วย SMI-V ต่อไป

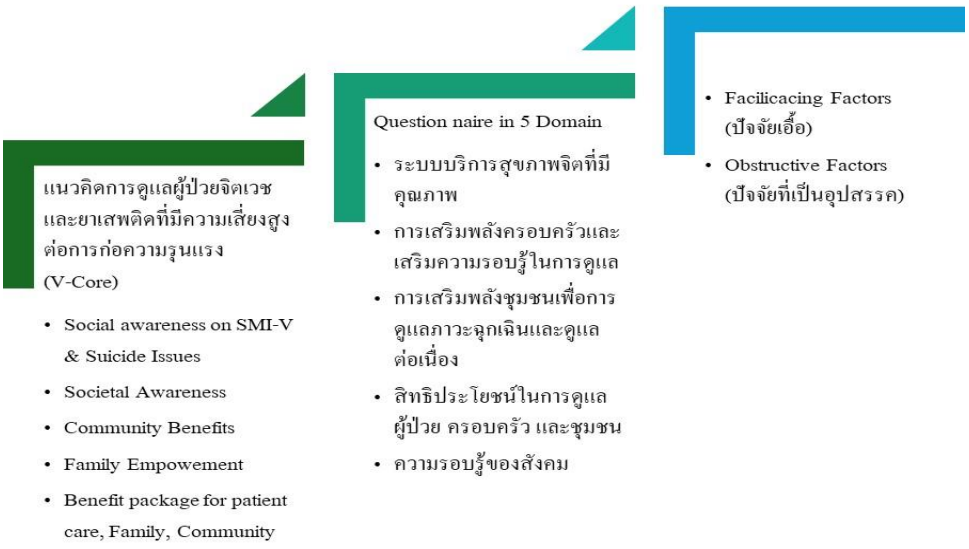
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทของการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในหลายระดับพื้นที่ แบบการวิเคราะห์บริบทหรือปัจจัยแวดล้อม

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในระดับบุคคล ชุมชน ระบบบริการสุขภาพ และนโยบายและสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care) ของกรมสุขภาพจิต[8] เป็นพื้นฐาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธีหลายระดับ (Multi-level Mixed-methods Study) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงอธิบายแบบต่อเนื่อง (Sequential Explanatory Design) เพื่อทำความเข้าใจปัญหาอย่างลึกซึ้ง ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพก่อน จากนั้นจึงใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่ออธิบายผลลัพธ์ การศึกษาเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในหลายระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ชุมชน ระบบบริการสุขภาพ และ

นโยบายและสังคม ภายใต้กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชน

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ (Documentary research): ใช้กลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลระดับทุติยภูมิจากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีข้อมูลครบถ้วนในช่วงระยะเวลาที่กำหนด เช่น ปี 2566 ย้อนหลัง โดยไม่ได้ทำการสุ่มตัวอย่าง แต่ใช้ข้อมูลทั้งหมดที่มีในฐานข้อมูล เนื่องจากประชากรกลุ่มเป้าหมายน้อย การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามโครงสร้าง (Structured survey) โดยสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลชุมชนในระดับการดูแลชุมชน (Community care) จำนวน 123 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (V-Care) ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดและสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดเลย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากกรอบแนวคิด V-Care ของกรมสุขภาพจิต และผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อรับรองความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของเนื้อหาในแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชจำนวน 3 ท่าน และวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence) ที่ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (Documentary research)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Fisher's Exact Test เพื่อทดสอบสมมติฐานว่าความถี่ของผู้ป่วย SMI-V แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลหรือไม่ แม้ Fisher's Exact Test เหมาะกับการเปรียบเทียบในตารางที่มีขนาดเล็กหรือช่องที่มีความถี่น้อยกว่า 5 แต่กรณีนี้เป็นตารางขนาดใหญ่ (14x5) และมีหลายช่องที่มีความถี่เป็นศูนย์ ซึ่งอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือ จึงใช้วิธี Monte Carlo Simulation ร่วมกับ Fisher's Exact Test โดยสุ่มตัวอย่างตาราง 10,000 ครั้ง เพื่อประมาณค่า p-value การทดสอบใช้ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 การวิเคราะห์ทางสถิติทั้งหมดดำเนินการโดยใช้ภาษา R เวอร์ชัน 4.2.1[9] และแพ็คเกจ 'tidyverse' [10]

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Structured survey) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์แก่นสาระ เพื่อระบุประเด็นสำคัญและแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชน

3. การบูรณาการข้อมูลในศึกษานี้ใช้การเปรียบเทียบและเชื่อมโยงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ภาพรวมที่สมบูรณ์และเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรค

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 043/2567 และเลขที่โครงการ P6701018 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย การวิเคราะห์บริบทของปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: การศึกษาแบบผสานวิธีในหลายระดับ ประกอบด้วย 1) สถานการณ์และบริบทของการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในหลายระดับพื้นที่แบบการวิเคราะห์บริบทหรือปัจจัยแวดล้อม 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในระดับบุคคล ชุมชน ระบบบริการสุขภาพ และนโยบายและสังคม ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์บริบทหรือปัจจัยแวดล้อม

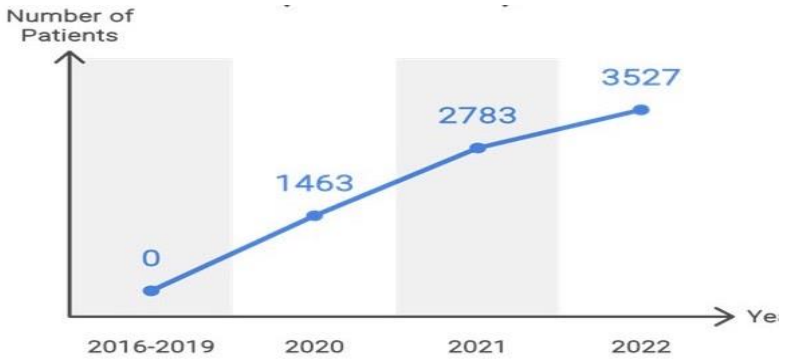
1.1 ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มาจากฐานข้อมูลระดับทุติยภูมิจากฐานข้อมูล HDC ปี 2565-2566 รายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ปี 2566 และเอกสารมาตรฐานการปฏิบัติงานของกรมสุขภาพจิต ปี 2566 ผลการวิเคราะห์มี ดังนี้

จากข้อมูลในฐานข้อมูลระดับทุติยภูมิจากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข[11] พบว่า ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจำนวน 480,590 คน ในจำนวนนี้ มีผู้ป่วย SMI-V จำนวน 6,303 คน คิดเป็นร้อยละ 1.31 และข้อมูลจากรายงานผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[8] ในเดือนมีนาคม 2566 (ดังภาพที่ 2) และผลการศึกษาจากฐานข้อมูลในโรงพยาบาลจิตเวช 14 แห่งทั่วประเทศไทย[12] พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) รวม 10,046 ราย แบ่งเป็น SMI-V 1 จำนวน 6,006 ราย (59.8%), SMI-V 2 จำนวน 2,596 ราย (25.8%), SMI-V 3 จำนวน 305 ราย (3.0%), SMI-V 4 จำนวน 550 ราย (5.5%) และ SMI-V MIX (ผู้ป่วยที่มีลักษณะผสมผสานตั้งแต่สองประเภทขึ้นไป)

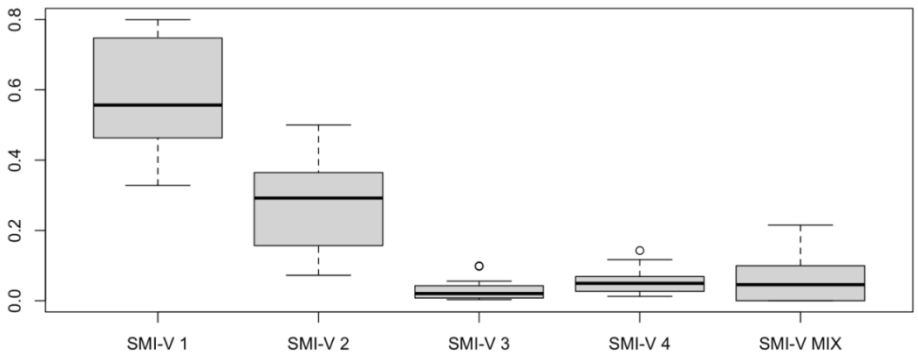
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

จำนวน 589 ราย (5.9%) เมื่อนำมารวมและแยกเปรียบเทียบรายประเภท พบว่า ผู้ป่วยประเภทที่ทำร้ายตนเอง (SMI-V 1) มีจำนวนมากที่สุด รองลงมา คือ ผู้ป่วยที่ทำร้ายผู้อื่น (SMI-V 2) ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด (SMI-V 3) และผู้ป่วยที่ก่อคดีอาญารุนแรง (SMI-V 4) มีจำนวนน้อยกว่า ส่วนผู้ป่วยประเภทผสม (SMI-V MIX) มีจำนวนอยู่ในระดับปานกลาง (ดังภาพที่ 3) ซึ่งจากภาพที่ 3 แสดงกราฟเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วย SMI-V จาก 14 โรงพยาบาล พบความแตกต่างชัดเจนในสัดส่วนผู้ป่วยแต่ละประเภท โดยผู้ป่วย SMI-V 1 มีสัดส่วนสูงที่สุดในทุกโรงพยาบาล ขณะที่ SMI-V 3 มีสัดส่วนต่ำที่สุด เมื่อนำข้อมูลนี้มาทดสอบด้วย Fisher's Exact Test ร่วมกับ Monte Carlo Simulation (10,000 รอบ) พบว่า p-value < 0.01 สรุปว่า ความถี่ผู้ป่วย SMI-V แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างโรงพยาบาล

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (พ.ศ. 2559-2566)



ภาพที่ 2 แสดงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (พ.ศ. 2559-2566)



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทั้ง 5 ประเภท

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้ 1) SMI-V 1 มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) SMI-V 2 มีประวัติทำร้ายคนอื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนในชุมชน 3) SMI-V 3 มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย 4) SMI-V 4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) และ SMI-V MIX ภาพรวม SMI-V 1-4

1.2 วิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรค

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.2%) โดยมีอายุในช่วง 40-49 ปี (39.0%) และ 50 ปีขึ้นไป (30.9%) ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (89.4%) ในตำแหน่งงาน พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ (48.8%) รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข (38.2%) โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด 6 เดือนขึ้นไป (98.4%) สำหรับสถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (39.8%) รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน (19.5%) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (18.7%) ด้านภูมิศาสตร์ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท (84.6%) ในขณะที่มีเพียง 15.4% ที่ปฏิบัติงานในเขตเมือง

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จากข้อมูลแบบสอบถาม เพื่อวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่สอง การวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังภาพที่ 4 ดังนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย (Factors Influencing Patient care)



ภาพที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในระดับชุมชนและระดับบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับนโยบายและสังคม ปัจจัยเอื้อที่สำคัญ ได้แก่ ความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน การมีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง และการมีนโยบายสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ในขณะที่อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย การขาดความรู้และทักษะในการดูแล การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง และงบประมาณที่ไม่เพียงพอ การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ Thematic พบประเด็นสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ดังนี้ คือ ระบบบริการสุขภาพจิตมีจุดแข็งสำคัญ คือ การมีเครือข่ายการดูแลและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน, บุคลากรเฉพาะทาง การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัคร, รวมถึงการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ระบบยังประสบปัญหาจุดอ่อน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากร ขาดความต่อเนื่องในการดูแลบางพื้นที่ การตีตราและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต และความท้าทายในการจัดการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ปัจจัยที่เอื้อให้การดูแลมีคุณภาพประกอบด้วย ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ การสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร การมียาและสถานที่รักษา และการฝึกอบรมบุคลากร ขณะเดียวกันปัจจัยอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ การขาดความเข้าใจในชุมชน การเข้าถึงยาเสพติดและปัญหาสังคม และความกังวลด้านความปลอดภัยของบุคลากร การเสริมพลังครอบครัวและชุมชนสามารถทำได้ผ่านการเยี่ยมบ้านและติดตาม การจัดโครงการให้ความรู้และฝึกอบรม การจัดกลุ่มสนับสนุนและให้คำปรึกษา และการบูรณาการผู้นำชุมชน แต่ยังมีความท้าทายเช่นความเหนื่อยล้าของครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจสังคม ความกลัวและการตีตราในชุมชน และความยากลำบากในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เอื้อและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ความร่วมมือของครอบครัว ทัศนคติเชิงลบ และการขาดความรู้

ระดับการจัดบริการสุขภาพจิต	ปัจจัยที่เอื้อ	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค
บุคคล	- ความร่วมมือของครอบครัว	- ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย
	- การเสริมพลังครอบครัวผ่านการให้ความรู้และคำปรึกษา	- ภาระการดูแลของครอบครัว
		- การขาดความรู้และทักษะในการดูแล
ชุมชน	- ความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแล	- การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
	- เครือข่ายชุมชนที่เฝ้าระวัง	- ความกลัวและทัศนคติเชิงลบในชุมชน
	- บทบาทของผู้นำชุมชน	- การขาดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

ระดับการจัดบริการสุขภาพจิต	ปัจจัยที่เอื้อ	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค
ระบบบริการสุขภาพ	- เครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง	- ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง
	- แนวทางการดูแลที่ชัดเจน	- ขาดระบบเฝ้าระวังและค้นหากลุ่มเสี่ยง
	- การสนับสนุนจากผู้บริหาร	- ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน
นโยบายและสังคม	- นโยบายสนับสนุนการดูแล	- งบประมาณไม่เพียงพอ
	- สิทธิประโยชน์การรักษาฟรี	- สิทธิประโยชน์ไม่เพียงพอ
	- การรณรงค์สร้างความตระหนัก	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อย

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นก้าวแรกในการทำความเข้าใจบริบทของการจัดบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วย SMI-V โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน ผลการศึกษาเผยถึงความซับซ้อนและความท้าทายในการจัดการปัญหา พร้อมชี้ให้เห็นปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนในประเทศไทย ข้อมูลที่ได้จะช่วยในการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และตอบสนองต่อปัญหาการวิจัยเกี่ยวกับบริบทและความครอบคลุมของการจัดบริการ ซึ่งจากผลการศึกษาวิเคราะห์บริบทหรือปัจจัยแวดล้อม การวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงดัง ที่เกิดขึ้นตามรายด้าน ดังนี้

ด้านสถานการณ์ผู้ป่วย SMI-V ผลการวิจัย พบว่า ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วย SMI-V จำนวน 6,303 คน คิดเป็นร้อยละ 1.31 ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ มอริ และคณะ[13] และการศึกษาของ แวนดอร์น และคณะ [5] ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูงกว่าประชากรทั่วไป และจากการวิเคราะห์ของการศึกษาเหล่านี้ยังระบุว่าความเสี่ยงสูงสุดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวจะพบในผู้ที่มีทั้งความเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรงที่ร่วมกับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ซึ่งยืนยันว่าการเกิดร่วมกันของทั้งสองปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

ด้านประเภทของผู้ป่วย SMI-V การวิเคราะห์ข้อมูลจาก 14 โรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วย SMI-V ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองพบมากที่สุด รองลงมา คือ ทำร้ายผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สวาร์ทซ์[6] ที่ชี้ว่าการใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วย SMI-V ความแตกต่างของการกระจายตัวระหว่างโรงพยาบาลอาจ

สะท้อนถึงปัจจัยเชิงพื้นที่ เช่น ลักษณะประชากร ปัจจัยเสี่ยง และความพร้อมในการเข้าถึงบริการ รวมถึงความท้าทายในการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจสถานการณ์และพัฒนานโยบายสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการจัดบริการ การวิเคราะห์เชิงคุณภาพเผยให้เห็นปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิต ตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีระบบนิเวศทางสังคมของ บรอนเฟนเบรเนอร์[14] ที่ชี้ว่าพัฒนาการของมนุษย์ได้รับอิทธิพลจากระบบหลายระดับ ปัจจัยสนับสนุน เช่น ความร่วมมือของชุมชนและนโยบายที่สนับสนุน สะท้อนการทำงานร่วมกันของระบบต่างๆ ขณะที่อุปสรรค เช่น ทัศนคติเชิงลบและการขาดทรัพยากร สะท้อนความซับซ้อนในระดับนโยบายและสังคม เช่นเดียวกับแนวคิดของ บรูชท์ และคณะ[15] ที่เน้นความร่วมมือแบบบูรณาการโครงสร้างการบริหาร และการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้ การวิจัยย้ำถึงความสำคัญของการแก้ไขอุปสรรคและการเสริมสร้างปัจจัยเอื้อเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทุกระดับ

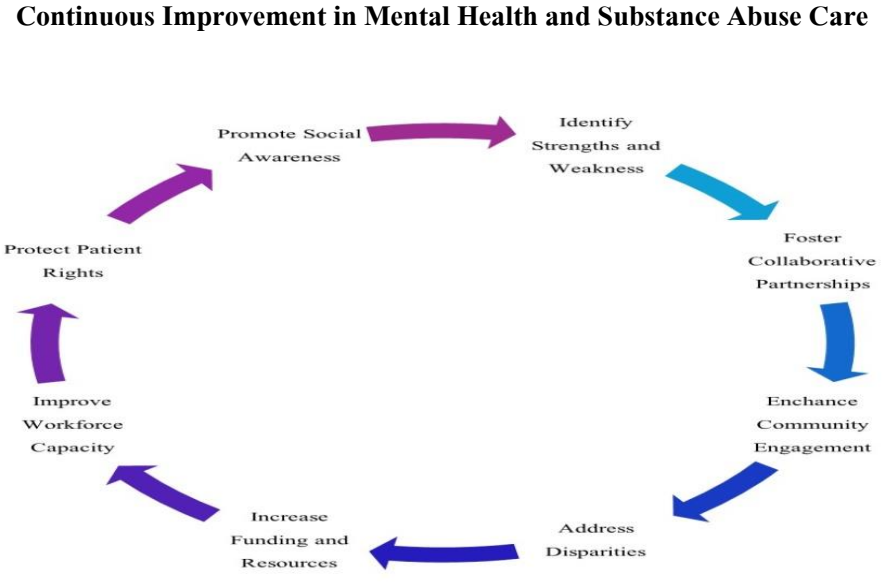
ด้านการเสริมพลังครอบครัวและชุมชน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเสริมพลังครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) ขององค์การอนามัยโลก (WHO)[16] โดย มอริ และคณะ[13] และ WHO ระบุว่าแนวทางการบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนที่เน้นผู้รับบริการและเคารพสิทธิมนุษยชน ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยผ่านการบูรณาการบริการ ทั้งด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ และการสร้างเครือข่ายในชุมชน ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญ นอกจากนี้ UNODC [17] ยังย้ำถึงการบูรณาการแนวทางการทำงานในระดับชุมชนในการดูแลยาเสพติด อย่างไรก็ตาม ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลและการตีตรายังคงเป็นความท้าทายที่ต้องได้รับการแก้ไข

ด้านการพัฒนาระบบบริการ การศึกษานี้เสนอแนะการพัฒนาระบบบริการในหลายมิติ รวมถึงการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การเพิ่มทรัพยากร และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2024) ในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย SMI-V นอกจากนี้ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการแทรกแซงแต่เนิ่นๆ เป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับความสนใจ

ด้านข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตและการบำบัดยาเสพติดเพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยการสร้างความตระหนักและพัฒนาศักยภาพ และพัฒนาระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพเพื่อการติดตามและประเมินสถานการณ์อย่างทันท่วงที. นอกจากนี้ ควรปรับปรุงกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย SMI-V อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยทั้งปริมาณและคุณภาพชี้ให้เห็นว่า การจัดการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพอธิบายปัจจัยเอื้อ เช่น ความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน การมีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง และนโยบายที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็ระบุอุปสรรคสำคัญ เช่น ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย การขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นตามผลการวิจัยเชิงปริมาณ นอกจากนี้ยังพบว่า การเสริมพลังครอบครัวและชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ และการสร้างเครือข่ายการดูแลมีความสำคัญ แต่ยังมีความท้าทาย เช่น ความเหนื่อยล้าของครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ และการขาดการสนับสนุนในชุมชน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร การจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม และการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสร้างแบบจำลอง จากการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด ได้ดังนี้ ภาพที่ 5



ภาพที่ 5 สร้างแบบจำลองการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

จากแผนภาพแบบจำลองการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด ระบบการดูแลควรเริ่มต้นด้วยการระบุจุดแข็งและจุดอ่อน เช่น การมีเครือข่ายการดูแลที่แข็งแกร่ง แต่ต้องจัดการกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ การพัฒนาความร่วมมือแบบพันธมิตรระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนจะช่วยสร้างระบบที่ครอบคลุม การเพิ่มบทบาทของชุมชนและแก้ไขความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการจะช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น การเพิ่มเงินทุนและทรัพยากร รวมถึงการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรและการปกป้องสิทธิผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ การส่งเสริมความตระหนักในสังคมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดจะช่วยลดการตีตราและเพิ่มการสนับสนุนจากชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Metrics IoH, Evaluation. Global health data exchange (GHDx). 2021.
2. Thai PBS. เร่งผลิต จิตแพทย์ รับมือสถานการณ์โรคจิตเวช 2567 [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-27.
3. DeAngelis T. Mental illness and violence: Debunking myths, addressing realities. American Psychological Association; 2022.
4. Dinn WM, Gansler DA, Moczynski N, Fulwiler C. Brain dysfunction and community violence in patients with major mental illness. Criminal Justice and Behavior 2009; 36(2): 117-36.
5. Van Dorn R, Volavka J, Johnson N. Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2012; 47: 487-503.
6. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. American journal of psychiatry 1998; 155(2): 226-31.
7. Bradizza CM, Stasiewicz PR. Qualitative analysis of high-risk drug and alcohol use situations among severely mentally ill substance abusers. Addictive Behaviors 2003; 28(1): 157-69.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Severe Mental Illness – High Risk to Violence (V-Care). คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, editor. กรุงเทพ: บริษัท บียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2024: 48
9. R Core Team. RA language and environment for statistical computing, R Foundation for Statistical. Computing; 2020.

10. Wickham H, Averick M, Bryan J, Chang W, McGowan LDA, François R, et al. Welcome to the Tidyverse. Journal of open source software 2019; 4(43): 1686.
11. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC). ฐานข้อมูลผู้ป่วย SIM-V ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ; 2023.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลผู้ป่วย SIM-V โรงพยาบาลจิตเวช 14 แห่ง (Internal report): unpublished. Unpublished; 2024.
13. Mauri MC, Cirnigliaro G, Piccoli E, Vismara M, De Carlo V, Girone N, et al. Substance abuse associated with aggressive/violent behaviors in psychiatric outpatients and related psychotropic prescription. International Journal of Mental Health and Addiction. 2023; 21(6): 4071-84.
14. Bronfenbrenner U. Ecological systems theory: American Psychological Association; 2000.
15. Brüchert T, Quentin P, Baumgart S, Bolte G. Barriers, facilitating factors, and intersectoral collaboration for promoting active mobility for healthy aging—a qualitative study within local government in Germany. International journal of environmental research and public health 2021; 18(7): 3807.
16. World Health Organization. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches: World Health Organization; 2021.
17. UNODC. Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia [Internet]. Thailand: UNODC; 2014 [cited 2024 Oct 24]. Available from: http://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbtx/cbtx_ guidance_EN.pdf

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพในสถานศึกษาสังกัดอาชีวศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND SEXUAL PREVENTION BEHAVIOUR OF VOCATIONAL CERTIFICATE STUDENTS IN A VOCATIONAL EDUCATION INSTITUTION IN CHAIYAPHUM PROVINCE

Received: June 30, 2024
Revised: September 25, 2024
Accepted: November 03, 2024

จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์[1*], ธิติรัตน์ เหล่าคมพฤฒาจารย์[2], ยุทธกร ทิพชาติ[1], กุลวดี ศรีเมือง[1]

Jiratchaya Laokhompruttajarn[1*], Thitirat Laokhompruttajarn[2], Yuttakorn Thipchat[1], Kunlawadee Srimuang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และ 3) ศึกษาแนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดอาชีวศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 361 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้วยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.84 ส่วนแบบสอบถามเจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟ่าครอนบาช เท่ากับ 0.74 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สันและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 13.03, S.D. = 2.2) คะแนนเฉลี่ยเจตคติ ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.40, S.D. = 0.6) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.2, S.D. = 0.8) และ 2) ระดับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ (r = -0.048) ส่วนเจตคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.49, p-value < 0.01) และ 3) แนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษา การให้ครอบครัว โรงเรียนและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความรู้, เจตคติ, พฤติกรรมการป้องการมีเพศสัมพันธ์, นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ, อาชีวศึกษา

[1] คณะพยาบาลศาตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
Faculty of Nursing Chaiyaphum Rajabhat University
[2] คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
Faculty of Arts and Science Chaiyaphum Rajabhat University
*Corresponding author E-mail: jungera2520@gmail.com

Abstract

The objectives of this descriptive research were to, 1) study level of knowledge attitude and sexual prevention behaviour, 2) study correlation of knowledge attitude and sexual prevention behaviour and, 3) study guideline of sexual prevention behaviour of vocational education students. The sample were consisted of 361 students in a vocational education institution in chaiyaphum province. The data were collected by using a questionnaire which were checked for content validity. The reliability of the knowledge measurement form using KR-20 was 0.84, while the attitude and sexual prevention behaviour questionnaires form using Cronbach's alpha coefficient of 0.74 and 0.82, respectively.

The results showed that, 1) the sample group had a high average knowledge score. ($\bar{X}$= 13.03, S.D. = 2.2), the average attitude score at a moderate level ($\bar{X}$= 3.40, S.D. = 0.6) and average score of sexual protection behaviors at a moderate level ($\bar{X}$= 3.2, S.D. = 0.8). 2) There no correlation between knowledge level and sexual prevention behaviour (r = -0.048) while there was significant positive correlation between knowledge and sexual prevention behaviour (r=0.49, p-value < 0.01). 3) The guidelines for preventing sexual intercourse include, providing knowledge and advice about sex education including involving families, schools and communities in continuing care.

Keywords: Knowledge, Attitude, Sexual prevention behaviour, Vocational certificate students, Vocational Education

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเนื่องจากอิทธิพลของพัฒนาการทางด้านร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและอวัยวะภายในรวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายนอกร่างกายและอวัยวะเพศที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้[1] พัฒนาการทางด้านอารมณ์ที่มีความอ่อนไหวง่าย ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อม พัฒนาการทางด้านสติปัญญาที่มีความคิด จินตนาการ คิดฝันเรื่องต่างๆ อย่างกว้างไกลและมีความอยากรู้อยากลองและพัฒนาการทางด้านสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมทางสังคมหลายด้านต้องการความเป็นส่วนตัวมีอิสระ เสรีภาพทางความคิด การคบเพื่อนและการดำเนินชีวิต[2] ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวของวัยรุ่น จึงต้องเลือกเรียนรู้หรือเลือกเรียนแบบจากบุคคลรอบข้างยึดเป็นต้นแบบซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura[3] ได้กล่าวว่า การเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ และปรับตัวให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงเพื่อหล่อหลอมความเป็นตัวตนหรือสร้างอัตลักษณ์แห่งตนของวัยรุ่นต่อไป[4]

วัยรุ่นที่ประสบปัญหาหรือความล้มเหลวในการค้นหาและสร้างอัตลักษณ์แห่งตนจะทำให้วัยรุ่นเกิดความสับสน ขาดเป้าหมายและจุดยืนในตนเอง[5] ทำให้รับอิทธิพลจากสิ่งต่างๆ รอบตัวได้โดยง่าย ซึ่งจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อความคิด ค่านิยมการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมการแสดงออก ให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน[6] จนนำมาสู่พฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม อาทิ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร[7] ดังข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564 พบว่าวัยรุ่น ไทยมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยวัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.3 เป็นร้อยละ 7.4 ในขณะที่วัยรุ่นหญิงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 5.1 เป็น ร้อยละ 6.7 และเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกทั้งของเพศชายและเพศหญิง เมื่ออายุเฉลี่ยประมาณ 15.67 และ 15.98 ปีตามลำดับ และมีแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น[8] ในส่วนจังหวัดชัยภูมิถือเป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่มีปัญหาด้านการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของกลุ่มวัยรุ่นและจากการศึกษาสถิติด้านการคลอดบุตรของวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ในจังหวัดชัยภูมิในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2565 พบว่า มีอัตราการคลอดบุตรร้อยละ 3.4, 3.0, 2.5 และ 2.48 ตามลำดับ และมีอัตราการทำแท้งของวัยรุ่น ร้อยละ 1.46, 1.65, 1.95 และ 2.05 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า วัยรุ่นมีอัตราการคลอดที่ลดลง แต่มีอัตราการทำแท้งบุตรที่เพิ่มขึ้น[9]

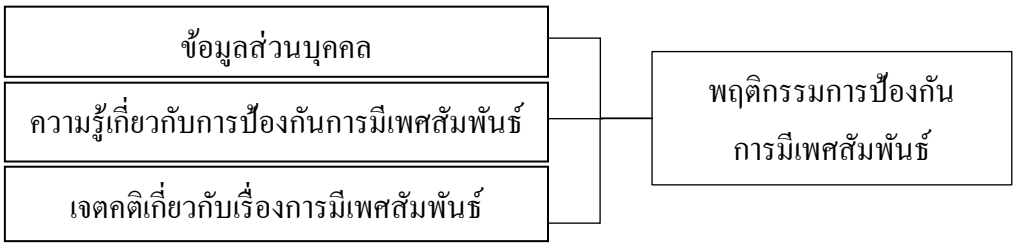
จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มมากขึ้น และอาจก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Sexual risk behavior) ของ McEvoy & Coupey[6], Taylor-Seehafer & Rew[10] ได้กล่าวว่า การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย (Premature sex) ทำให้เสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกัน

ตนเองที่เหมาะสม จึงอาจทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรได้ การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและพฤติกรรม (KAP)[11] ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Sexual risk behaviour) และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น[6][10] ซึ่งกล่าวถึงค่านิยมของวัยรุ่นปัจจุบันที่มีความคิดเห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดาที่สามารถปฏิบัติได้ ทำให้เกิดแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ที่สูงขึ้นและอาจนำมาซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนั้น ยังได้กล่าวถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความรู้เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ โดยเลือกศึกษาในกลุ่มนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพในสถานศึกษาสังกัดอาชีวศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อทราบถึงปัญหาและนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ
3. เพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ

กรอบแนวคิดงานวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 20 สิงหาคม–20 ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลา 2 เดือน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ที่ศึกษาในสถานศึกษาสังกัดอาชีวะศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ปีการศึกษา 2566 จำนวน 1,998 ราย[12] และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพที่ศึกษาในสถานศึกษาสังกัดวิทยาลัยเทคนิคจังหวัดชัยภูมิ ปีการศึกษา 2566 โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เป็นนักศึกษาที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี 2) ยินยอมให้ทำการเก็บและใช้ข้อมูลในการวิจัย โดยมีผู้ปกครองลงนามในใบยินยอม และมีเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถสื่อสาร โดยการอ่านและเขียนโดยใช้ภาษาไทยได้ 2) บิดา มารดาหรือผู้ปกครองไม่ยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย 3) กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการให้ข้อมูลในการวิจัย ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีกำหนดขนาดตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan[13] โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 351คน และเพื่อป้องกันการสูญหายผู้วิจัยได้เพิ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จึงมีกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 361 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการเลือกแบบชั้นภูมิ ของนักศึกษาแต่ละชั้นปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น[14-16] จำแนกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ผลการเรียนปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องเพศศึกษา จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเลือกตอบ ใช่ และไม่ใช่ โดย ตอบถูกให้ 1 คะแนน และ ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ได้ 10-15 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง ได้ 6-9 คะแนน (ร้อยละ 60–79) และระดับน้อย ได้ 0–5 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60)[17]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติด้านการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม 7 ข้อ ด้านการเลียนแบบ 3 ข้อ และด้านความรัก 5 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5) ถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด (1) ซึ่งข้อคำถามเชิงบวก ให้ค่าคะแนน 5-1 ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้ค่าคะแนน 1-5 ตามลำดับ ใช้เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 มีเจตคติด้านการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 มีเจตคติ ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 มีเจตคติ ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 มีเจตคติ ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 มีเจตคติ ระดับน้อยที่สุด[18]

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ด้านสื่อและเทคโนโลยี 3 ข้อ ด้านเพื่อนและสิ่งแวดล้อม 3 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว 3 ข้อ ด้านความรัก 3 ข้อ และด้านพฤติกรรมเสี่ยง 3 ข้อ เป็นแบบวัดมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง (5) ถึง ไม่ปฏิบัติเลย (1) ซึ่งข้อคำถามเชิงบวก ให้ค่าคะแนน 5-1 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ให้ค่าคะแนน 1-5 ตามลำดับ ใช้เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนตามแนวคิด Likert-type scale ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 มีพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 มีพฤติกรรม ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 มีพฤติกรรมระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 มีพฤติกรรมระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 มีพฤติกรรมระดับน้อยที่สุด[18]

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ท่านมีแนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร อย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้หาคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือได้แก่ แบบสอบถามด้านเจตคติและพฤติกรรมการป้องการมีเพศสัมพันธ์ที่พัฒนาขึ้น นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้ค่าความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และทำการปรับแก้ไขภาษาตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบวัดความรู้ได้ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 และแบบสอบถามด้านเจตคติและพฤติกรรมการป้องการมีเพศสัมพันธ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.74 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้ 1) ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ 2) ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการและครูเพื่อเก็บข้อมูลวิจัย 3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามผ่าน Google form และ 4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน

3. การหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation) โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมาย[18] ดังนี้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r =1.00) หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ ค่า r = 0.80–0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูงมาก ค่า r =0.60–0.79 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูง ค่า r = 0.40–0.59 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันปานกลาง ค่า r = 0.20–0.39 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันต่ำ ค่า r = 0.01–0.19 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก และค่า r = 0.00 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

4. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแนวทางการป้องการมีเพศสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ และข้อมูลจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในลักษณะของภาพรวม ไม่มีการแสดงข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนและการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการให้คำแนนและสวัสดิการอื่นๆ ซึ่งนอกจากนั้นแล้วผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครอง จะได้รับการลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และการศึกษาครั้งได้รับการรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 66-1-019 เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.5 มีอายุ 16 ปี ร้อยละ 42.9 ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 50.4 มีผลการเรียนอยู่ในระดับ 3.01–3.50 ร้อยละ 31.9 และมีรายได้รวมของครอบครัว 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.0 พักอาศัยอยู่ร่วมกันกับบิดามารดา ร้อยละ 54 และมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีความรักใคร่กันดี ร้อยละ 37.4

ระดับความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง

1) ระดับความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ฯ อยู่ในระดับมาก (10-15 คะแนน) ร้อยละ 92.24 ระดับปานกลาง (6-9 คะแนน) ร้อยละ 7.20 ระดับน้อย (0-5 คะแนน) ร้อยละ 0.55 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 13.03, S.D. = 2.2)

2) ระดับเจตคติด้านการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติฯ อยู่ในระดับมากที่สุด (4.21–5.00) ร้อยละ 11.4 ระดับมาก (3.41-4.20) ร้อยละ 33.5 ระดับปานกลาง (2.61-3.40) ร้อยละ 50.1 ระดับน้อย (1.81-2.60) ร้อยละ 4.2 และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80) ร้อยละ 0.8 โดยคะแนนเฉลี่ยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.40, S.D. = 0.6)

3) พฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมฯ ระดับมากที่สุด (4.21–5.00) ร้อยละ 12.2 ระดับมาก (3.41-4.20) ร้อยละ 26.3 ระดับปานกลาง (2.61-3.40) ร้อยละ 42.4 ระดับน้อย (1.81–2.60) ร้อยละ 13.3 และระดับน้อยที่สุด (1.00–1.80) ร้อยละ 5.8 โดยคะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.25, S.D. = 1.02)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้ฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนเจตคติฯ มีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน 0.499 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องการมีเพศสัมพันธ์

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เรื่องเพศศึกษา	-0.048	ไม่มีความสัมพันธ์
ทัศนคติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์	0.499*	ปานกลาง

*ระดับนัยสำคัญ 0.01

แนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง สรุปได้ว่า 1) ควรมีการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษา รวมถึงแนวทางการป้องกันตนเองที่เหมาะสม โดยการสอดแทรกในบทเรียนและกิจกรรมนอกหลักสูตรต่างๆ ที่มีรูปแบบน่าสนใจและต่อเนื่อง 2) ควรให้ครอบครัว โรงเรียนและชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่มีส่วนช่วยป้องกันความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.5 มีอายุ 16 ปี ร้อยละ 42.9 กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 50.4 มีผลการเรียนในระดับ 3.01-3.50 ร้อยละ 31.9 และมีรายได้รวมของครอบครัว 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46 พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 54 และมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ร้อยละ 37.4

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 13.03, S.D. = 2.2) คะแนนเฉลี่ยเจตคติฯ ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.40, S.D. = 0.6) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.20, S.D. = 0.8)

3. ระดับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ (r = -0.048) ส่วนเจตคติมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.49, p-value < 0.01)

4. แนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ โดยการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษา รวมถึงการให้ครอบครัว โรงเรียนและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความรู้เรื่องเพศศึกษา เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

1.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานของระบบการศึกษาในไทย ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการได้บรรจุเนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาในรายวิชาต่างๆ ในการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายวิชาสุขศึกษา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาในระดับมาก ร่วมกับการเรียนรู้ทางสังคมเกี่ยวกับบทบาทและการเปลี่ยนแปลงทางเพศ ประกอบกับการเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนทางร่างกายของตนเองร่วมกับเพื่อนในวัยเดียวกัน จึงเกิดการเรียนรู้และเข้าใจเรื่องเพศเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura[3] ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมากเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวอยู่เสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยของเอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์ และคณะ[19] ได้ศึกษาเรื่องผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาให้กับกลุ่มวัยรุ่น พบว่า ภายหลังจากการจัดการเรียนรู้โดยใช้โปรแกรม พบว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีผลเรียนรู้ดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนีย์ กันแจ่ม[20] ที่ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชายกับเพื่อนหญิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเพศศึกษาในระดับมาก และมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลางและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sanz-Martos, S., et.,al[21] ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาและวิธีการคุมกำเนิดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาและวิธีการคุมกำเนิด ในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในปัจจุบันแนวคิดและค่านิยมเรื่องการคบหาคนรักในวัยรุ่นนั้น ถือเป็นเรื่องปกติและมองว่าความสัมพันธ์ในวัยรุ่นไม่ใช่มีข้อเสียเพียงอย่างเดียว แต่หากมีความรักที่ดีจะนำไปสู่กำลังใจในการเรียนที่ประสบผลสำเร็จต่อไป รวมถึง

วัยรุ่นมีความอยากรู้อยากลองและมีความเป็นตัวของตัวเองในการคิดและแสดงพฤติกรรมต่างๆ อย่างอิสระ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคม (Theory of Psychosocial Development) ของ Erik Erikson[5] ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีตัวตน คุณลักษณะและบุคลิกภาพที่มีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ สภาพสังคมและภาวะวิกฤตต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งหากบุคลมีมุมมองและทัศนคติที่ดีจะพัฒนาให้เกิดการมีบุคลิกภาพที่เหมาะสมและสามารถผ่านภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของจักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์ และคณะ[22] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้บทบาททางเพศและทัศนคติด้านเพศของวัยรุ่น พบว่า ทัศนคติด้านการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น (r = 0.49) และมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของเอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์ และคณะ[19] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาให้กับกลุ่มวัยรุ่น พบว่า ภายหลังจากการจัดการเรียนรู้โดยใช้โปรแกรม พบว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

1.3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัยรุ่นมีมุมมองและมีเจตคติเรื่องการคบหาคู่รักและการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ ประกอบกับกลุ่มเพื่อนในช่วงชีวิตวัยรุ่นมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นกว่าคนในครอบครัว มีอิทธิพลทางความคิด ค่านิยมและพฤติกรรมในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ค่อนข้างมาก ซึ่งสอดคล้องกับตามแนวคิดของ McEvoy & Coupey[6],Taylor-Seehafer & Few[10] ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล เช่น เพศ อายุ กลุ่มชาติพันธุ์ ที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านครอบครัว มีความสำคัญที่สุดในการอบรมสั่งสอนสมาชิกในครอบครัวให้เติบโตเป็นคนดี มีความรู้คู่คุณธรรม หล่อหลอมค่านิยม ความเชื่อและถ่ายทอดวัฒนธรรมจากรุ่นสู่รุ่น และสอดคล้องกันงานวิจัยของซอลาฮ เด็งมาซา และคณะ[23] ได้ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนอาชีวศึกษาในอำเภอแห่งหนึ่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลางและมีข้อเสนอแนะให้ความสำคัญกับครอบครัวในการสอนเรื่องเพศศึกษาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และสอดคล้องกับงานวิจัยของณิชาภัทร ปุ่นมีกิจ และคณะ[24] ได้ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น พบว่าวั ยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ระดับปานกลาง เนื่องจากไม่ได้รับความรู้ที่เพียงพอต่อการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการเข้าถึงสื่อในยุคปัจจุบันที่อาจมีผลกระตุ้นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ดังนี้

2.1. ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ (r = -0.04) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในปัจจุบันค่านิยมของวัยรุ่นต่อการมีคู่รักและการมีเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไป วัยรุ่นต่างมีความรู้เรื่องเพศศึกษา แต่มองว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ

ในยุคปัจจุบันและไม่ใช่เป็นเรื่องเสียหาย ทำให้มีพฤติกรรมการแสดงออกทางเพศที่ชัดเจน และมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Sexual risk behavior) ของ McEvoy & Coupey[6],Taylor -Seehafer & Rew[10] ที่กล่าวว่า วัยรุ่นปัจจุบัน มีความคิดเป็นของตนเอง สามารถค้นคว้าหาความรู้จากสื่อต่า ๆ ได้อย่างสะดวก รวดเร็วและมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ว่าเป็นเรื่องธรรมดา และสอดคล้องกับงานวิจัยของศิวานิตย์ ทองคำดี และคณะ[25] ได้ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 ในพื้นที่อุตสาหกรรมจังหวัดชลบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (r = -0.09) โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้เท่าทันสื่อเรื่องเพศต่อนักเรียน การส่งเสริมผู้ปกครองให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและเข้มงวดกับสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

2.2 เจตคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (0.49) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในปัจจุบันวัยรุ่นมีมุมมองและเจตคติเรื่องเพศเปลี่ยนไป คิดว่าเป็นเรื่องปกติ ซึ่งการมีเจตคติที่ดีจะนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกันหากมีเจตคติที่ไม่ดีจะทำให้พฤติกรรมการป้องการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการของ Erikson [5] ที่กล่าวว่า หากวัยรุ่นประสบความสำเร็จในการค้นหาเอกลักษณ์แห่งตนจะทำให้วัยรุ่นเข้าใจบทบาท หน้าที่และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความรู้ ความสามารถของตนเอง แต่หากประสบความล้มเหลวในการค้นหาเอกลักษณ์แห่งตนจะทำให้วัยรุ่นสับสนในบทบาทหน้าที่และมีผลต่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของเมธิกา ศรีสด และพิมลพรรณ อิศรภักดี[25] ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของชายหญิง 3 วัย คือ วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ พบว่า ทัศนคติกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบทบาทความเป็นพ่อแม่ ที่อยากให้ลูกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องตามขนบธรรมเนียมของสังคมไทย แต่ทัศนคติของกลุ่มวัยรุ่นตัวอย่างมองว่า เพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติของวัยรุ่น เพราะเป็นวัยที่มีการรับรู้และทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ ทั้งจากสื่อออนไลน์ ละครภาพยนตร์ ที่เปิดเผยเรื่องพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น ทำให้วัยรุ่นมองเป็นเรื่องปกติทั่วไปในสังคมซึ่งแตกต่างจากสมัยก่อนที่จะไม่พูดเรื่องพฤคิกรรมทางเพศอย่างโจ่งแจ้ง และสอดคล้องกับงานวิจัยของชญาดา ศิริภิรมย์ และคณะ[27] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร กรณีศึกษาวัยรุ่นตอนกลางโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่น (r = 0.49) และมีความสัมพันธ์ในระดับ ปานกลาง

3. แนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษา รวมถึงการให้ครอบครัว โรงเรียนและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่มี

ความสำคัญ สามารถช่วยแก้ไขและป้องกันปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและนำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น McEvoy & Coupey[6], Taylor -Seehafer & Rew[10] ที่กล่าวว่า การอบรมสั่งสอนสมาชิกในครอบครัว ให้เติบโตเป็นคนดี มีความรู้คู่คุณธรรม หล่อหลอมค่านิยม ความเชื่อและการถ่ายทอดวัฒนธรรมจากรุ่นสู่รุ่น ย่อมมีอิทธิพลต่อความคิด ค่านิยม และพฤติกรรมของวัยรุ่นได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของประดิษฐ์พร พงศ์เตรียง และทัศนีย์ สุนทร[28] ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่น พบว่า กลวิธีที่เพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ คำแนะนำที่เหมาะสม รวมถึงความรัก เอาใจใส่จากครอบครัว รวมถึงสถาบันการศึกษา จะช่วยในการสร้างความตระหนักและเห็นความสำคัญในการป้องกันพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 คณะบุคลากรทางการศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และเจตคติการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ให้วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

1.2 ส่งเสริมการมีส่วนรวมของสหวิชาชีพ ในการช่วยพัฒนาและกระตุ้นวัยรุ่นให้มีเจตคติและพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้และเจตคติที่มีต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ความกรุณา ช่วยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ขอขอบพระคุณผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่ให้ความกรุณาในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่ให้ความกรุณา สละเวลาในการให้ข้อมูล สำหรับคุณค่าและประโยชน์อันพึงจะมีจากการวิจัย

ในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบคุณความดีทั้งหมด ให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ให้กำลังใจและสนับสนุนจนงานวิจัยประสบผลสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Delivering on global promises of hope. Pregnant adolescents 2020; 1: 8-9.
2. Steinberg L. Adolescence. 5th ed. New York: McGraw Hill Publishing 1999; 4: 606.
3. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 1977; 1: 247.
4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการอบรมเรื่องเพศคุยได้ในครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2564.
5. Erikson EH. Identity: youth and crisis. Norton & Co, 1968; 1: 336.
6. McEvoy M, Coupey SM. Sexually transmitted infection. Nursing Clinics Journal 2002; 37: 461-474.
7. รัตนาภรณ์ บุญนิยม. พฤติกรรมและทัศนคติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักศึกษาสาขาการบริหารงานตำรวจ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์และการจัดการสังคม 2564; 1(2): 11-22.
8. วิรยา บุญรินทร์, กวิสทรารินทร์ คะณะพันธ์. พฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2563; 9(2): 114-124.
9. โรงพยาบาลชัยภูมิ. สถิติการเกิดมีชีพของทารกแรกเกิด ในจังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2560–2565. ชัยภูมิ: แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ; 2565.
10. Taylor-Seehafer M, Rew L. Risky sexual behavior among adolescent women. J Soc Pediat Nurs, 2000; 5: 15-25.
11. Benora SK, Khelendra RK, Choudhury BN, et al. AIDS survey of knowledge attitude and beliefs of undergraduate students of Delhi University. Indian Community J Med 1992; 17: 155-159.
12. วิทยาลัยเทคนิคชัยภูมิ. รายงานจำนวนนักศึกษา วิทยาลัยเทคนิคชัยภูมิ จำแนกตามสาขาวิชา ปี พ.ศ. 2565-2566. ชัยภูมิ: วิทยาลัยเทคนิคชัยภูมิ; 2566.
13. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30: 607-610.

14. ศุภาพิชญ์ ด้วงเงิน, เอกวิทย์ มณีธร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. รายงานการวิจัย. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
15. ประดิษฐ์พร พงศ์เตรียง, ทัศนีย์ สุนทร. การรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นชาย: การวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(3): 152-166.
16. หมัดเฟาซี รูบามา, ไกรษร วงศ์พรัด, นพวัลภ์ มงคลศรี, กฤษดา มงคลศร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเจตคติเกี่ยวกับความรักในวัยเรียนของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. รายงานการประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 11. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ 2562; 11: 263-274.
17. Bloom BS, et al. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
18. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น ฉบับปรับปรุงใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: บริษัทสุวีริยาสาส์น จำกัด; 2560.
19. เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, วัลลภ ใจดี, สุพรรษา สงฉิม. การจัดการเรียนรู้เพศศึกษาโดยใช้โมเดลเลิฟเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น. รายงานการวิจัย. ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา; 2563.
20. สุนีย์ กันแจ่ม. การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชายกับเพื่อนหญิง. รายงานการวิจัย. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
21. Sanz-Martos S, Lopez-Medina IM, Alvarez-Garcia C, Alvarez-Nieto C. Educational program on sexuality and contraceptive methods in nursing degree students. Nurse Education Today, 2021; 107: 1-7.
22. จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์, ธัญญลัลน์ พิมเสน, นันทิกา คบลา, นิภาวดี สีสนิท, ปิยะภาภรณ์ อ่อนวงษ์, วราภรณ์ ม่วงโมด. การรับรู้บทบาททางเพศและทัศนคติทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ 2562; 1(2): 1-13.
23. ซอลาฮ เด็งมาซา, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนอาชีวศึกษาในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดภาคใต้ตอนกลาง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(1): 14-28.

24. ณิชาภัทร ปุ่นมีกิจ, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เมืองพัทยา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2563; 34(1): 13-29.
25. ศิวานิตย์ ทองคำดี, ฉวีวรรณ บุญสุยา, เสาวนีย์ ทองนพคุณ, สาวิตรี วิษณุโยธิน. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 ในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2563; 15(1): 85-98.
26. เมธิกา ศรีสด, พิมลพรรณ อิศรภักดี. การยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของคนไทย. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559; 11(2): 137-145.
27. ชญาดา ศิริภิรมย์, จรรยพร กองสอน, สนั่น จักรโสภา. พฤติกรรมการป้องกันตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร: กรณีศึกษาวัยรุ่นตอนกลางโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา 2563; 7(2): 49-63.
28. ประดิษฐ์พร พงศ์เตรียง, ทัศนีย์ สุนทร. การรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นชาย: การวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(3): 152-166.

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย

KNOWLEDGE ATTITUDE AND SOLID WASTE SEPARATION BEHAVIOR OF STAFFS IN SUB-DISTRICT ADMINISTRATIVE ORGANIZATION, MUEANG DISTRICT, LOEI PROVINCE

Received: July 12, 2024
Revised: October 01, 2024
Accepted: October 10, 2024

คฑาวุธ แสนเมือง[1], ชลธิชา ศรีโลน[1], ปิ่นกมล สนโคกสูง[1], ปนัดดา หงษาวงค์[1], สมาน สีดา[1], ปิยะพงษ์ ชุมศรี[1*]

Khathawut Saenmueang [1], Chonthicha Srilon [1], Pinkamon Sonkhoksung [1], Panadda Hongsawong[1], Saman Seeda[1], Piyapong Choomsri[1*]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 191 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะโดยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า

ผลการวิจัย ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล ภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.54 ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดขยะมูลฝอยอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 43.98 นอกจากนี้ พฤติกรรมการคัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.69 สำหรับปัจจัยด้านบุคคล พบว่า แผนกการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (η = 0.331) นอกจากนี้ ความรู้และทัศนคติยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.271$ และ $r = 0.482$)

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรแต่ละแผนกเกิดความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะในองค์กรเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย, องค์การบริหารส่วนตำบล

[1] สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
Program of Public Health, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University
*Corresponding author E-mail: choomseer@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

The purpose of this research was to study the knowledge, attitude, and solid waste separation behavior of staff in sub-district administrative organizations and to study the factors correlated with solid waste separation behavior of staff in sub-district administrative organizations in Mueang District, Loei Province. The samples were 191 staff members in a sub-district administrative organization. The research instrument was a questionnaire. Descriptive statistics were used for personal data, knowledge, attitude, and solid waste separation behavior. The relationship was analyzed using the Pearson correlation coefficient, the point-biserial correlation coefficient, and the Eta correlation coefficient.

The results of the research found that the knowledge of solid waste separation behavior of staff in sub-district administrative organizations was at a high level of 78.54%. The attitude toward solid waste separation behavior of staff in sub-district administrative organizations is very good, at 43.98%. Moreover, the solid waste separation behavior of staff in sub-district administrative organizations was at a good level of 48.69%. The personal factor is various departments correlated with solid waste separation behavior with statistical significance ($\eta = 0.331$, p-value < 0.05). In addition, knowledge and attitude were correlated with waste separation behavior with statistical significance ($r = 0.271$ and $r = 0.482$, p-value < 0.05).

Therefore, relevant agencies should organize activities to encourage departments of staff to have positive knowledge and attitudes, which will increase solid waste separation behavior in sub-district administrative organizations.

Keywords: Knowledge, Attitude, Solid waste separation behavior, Sub-district administrative organization

บทนำ

แนวโน้มปัญหาขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาที่พบปัญหาขยะและมีแนวโน้มจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งประเทศไทย พ.ศ. 2561 มีปริมาณขยะที่เกิดขึ้น 27.93 ล้านตัน ของปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 9.76 ล้านตัน ขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง 10.85 ล้านตัน ร้อยละ 38.84 ขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง 7.32 ล้านตัน ร้อยละ 26.20 เหลือเป็นขยะมูลฝอยตกค้าง 4.52 ล้านตัน ร้อยละ 16.18[1] ส่วน พ.ศ. 2562 ปริมาณขยะที่เกิดขึ้น 28.71 ล้านตัน เป็นขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ร้อยละ 43.60 ถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้องร้อยละ 34.16 ถูกนำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้องร้อยละ 22.22 และเป็นขยะมูลฝอยตกค้าง 4.02 ล้านตัน ร้อยละ 14.00[2] สำหรับ พ.ศ. 2563 ปริมาณขยะที่เกิดขึ้น 25.37 ล้านตัน ของปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ร้อยละ 32.95 ถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง ร้อยละ 35.98 ถูกนำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง ร้อยละ 31.06 และเป็นขยะมูลฝอยตกค้าง ร้อยละ 16.75[3] ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 ปริมาณขยะเกิดขึ้น 24.98 ล้านตัน ขยะมูลฝอยตกค้างร้อยละ 30.02[4] และ พ.ศ. 2565 ปริมาณขยะเกิดขึ้น 25.70 ล้านตัน เป็นขยะมูลฝอยตกค้างร้อยละ 38.57[5] จะเห็นได้ว่า ขยะตกค้างมีปริมาณที่เพิ่มขึ้นทุกๆ ปี

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะจัดการขยะมูลฝอยส่วนใหญ่ศึกษาในประชาชนทั่วไปทั้งในจังหวัดนครราชสีมาในปี 2556[6] ต่อปี พ.ศ. 2557 ศึกษาประชาชนในเขตเทศบาลตำบลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวภู[7] เช่นเดียวกันกับการศึกษาในปี พ.ศ. 2559 ศึกษาประชาชนในเขตตำบลหนองเหียง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี[8] และปี พ.ศ. 2561 ศึกษาประชาชนในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเหล่ายาว อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน[9] และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย รวมถึงพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนหรือในองค์กรต่างๆ ในปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2565 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะ หรือพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย[10-14] จากสถานการณ์และปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มของประชาชนทั่วไปในครัวเรือน แต่ยังพบการศึกษาที่ยังไม่แพร่หลายในหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวกับการคัดแยกขยะภายในองค์การของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการเรื่องพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล ให้มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์กรต่อไป

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ความรู้ และทัศนคติกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 17 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 8 แห่ง จำนวน 463 คน[15]

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย โดยการกำหนดคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรหนึ่งกลุ่มที่ทราบจำนวนที่แน่นอน[16]

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{e^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 463 คน

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกำลังสอง (0.43^2) [17]

ทั้งนี้เพื่อป้องการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยทำการปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 191 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อายุงาน สถานภาพ ระดับการศึกษา และแผนก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดเลย ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ 1) ความรู้ด้านประเภทของขยะ 2) ความรู้ด้านการคัดแยกขยะ และ 3) ความรู้ด้านการลดปริมาณขยะ ซึ่งมีลักษณะ

เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก ได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ สำหรับเกณฑ์การพิจารณาจากเกณฑ์คะแนนรวมของความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม [18] ดังนี้ คะแนนความรู้รวมตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วง 12-15 คะแนน) อยู่ในระดับสูง คะแนนความรู้รวมร้อยละ 60-79.99 (ช่วง 10-11 คะแนน) อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนความรู้รวมต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วง 0-9 คะแนน) อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 15 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก ตามเกณฑ์ของลิเคิร์ท[19] คือ ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การวิเคราะห์และการแปลความหมายของ ระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของเบส[20] เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ คือ 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 อยู่ในระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) มีค่า IOC เท่ากับ 0.72 และทดสอบความเชื่อมั่นของพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่ใช่ตำบลที่ถูกเลือก จำนวน 30 ชุด นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความรู้ โดยหาค่าคูเดอร์รัชาร์ตสัน (Kruder Richardson, KR-21) มีค่าเท่ากับ 0.76 และทัศนคติและพฤติกรรมการคัดแยกขยะ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.736 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการ โดย 1) ขอหนังสือชี้แจงจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย รายละเอียดวิธีการรวบรวมข้อมูล จำนวน และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการให้กับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับการตอบรับจากองค์การบริหารส่วนตำบลที่ทำการศึกษา 3) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บด้วยตนเองจนแล้วเสร็จแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายด้วยค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviations) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ความรู้ และทัศนคติ กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน (r) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pbs}) และ p-value

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย หมายเลขใบรับรอง: H 006/2567 ลงวันที่ 16 มกราคม 2567 โดยผู้วิจัยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ ผลเสียที่จะเกิดจากการเข้าร่วมวิจัย สิทธิในการตัดสินใจเข้า ร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีอิสระในการออกจากโครงการวิจัยได้ทันทีโดยไม่ส่งผลกระทบต่อตัวกลุ่มตัวอย่างและหน้าที่การงาน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาบุคลากรภายในองค์การบริหารตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย ทั้ง 5 แห่ง จำนวน 191 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.40 อายุเฉลี่ย 39.91 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.48) อายุงานเฉลี่ย 8.96 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.37) สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.54 สำหรับการศึกษามากที่สุด คือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 69.63 และแผนกที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือ แผนกสำนักปลัด ร้อยละ 46.60 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (191 คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	68	35.60
1.2 หญิง	123	64.40
2. อายุ (ปี)		
2.1 น้อยกว่า 25 ปี	14	7.33
2.2 ระหว่าง 25-34 ปี	47	24.61

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (191 คน)	ร้อยละ
2.3 ระหว่าง 35-44 ปี	64	33.51
2.4 มากกว่า 45 ปีขึ้นไป	66	34.55
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	39.91 (10.48)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	41 (20:60)	
3. อายุงาน (ปี)		
3.1 น้อยกว่า 5 ปี	82	42.93
3.2 ระหว่าง 5-10 ปี	49	25.65
3.3 มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	60	31.42
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	8.96 (7.37)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	6 (1:36)	
4. สถานภาพ		
4.1 โสด	64	33.51
4.2 สมรส	108	56.54
4.3 หย่าร้าง	10	5.24
4.4 แยกกันอยู่	2	1.05
4.5 หม้าย	7	3.66
5. ระดับการศึกษาสูงสุด		
5.1 ประถมศึกษา	4	2.09
5.2 มัธยมศึกษาตอนต้น	5	2.62
5.3 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	16	8.38
5.4 อนุปริญญา/ปวส.	18	9.42
5.5 ปริญญาตรี	133	69.64
5.6 สูงกว่าปริญญาตรี	15	7.85
6. แผนก		
6.1 ผู้บริหาร	1	0.52
6.2 สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล	6	3.14
6.3 หัวหน้าส่วนราชการ	1	0.52
6.4 สำนักปลัด	89	46.60
6.5 กองคลัง	42	21.99

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (191 คน)	ร้อยละ
6.6 กองช่าง	37	19.37
6.7 กองการศึกษา	10	5.24
6.8 อื่น ๆ	5	2.62

1. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล

ภาพรวมเกี่ยวกับระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย ค่าเฉลี่ยความรู้รวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 12.88 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.04) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มระดับสูง ร้อยละ 78.54 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 13.61 และระดับปานกลาง ร้อยละ 7.85 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรในองค์การบริหารส่วนตำบล

ระดับ	จำนวน (ร้อยละ)
สูง (11-15 คะแนน)	150 (78.54)
ปานกลาง (6-10 คะแนน)	15 (7.85)
น้อย (0-5 คะแนน)	26 (13.61)
ภาพรวม	**12.88 ± 2.04**

2. ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล

สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย ค่าเฉลี่ยทัศนติอยู่ในระดับดี 4.04 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 43.98 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.31 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากร

ระดับ	จำนวน (ร้อยละ)
ดีมาก (4.21-5.00)	84 (43.98)
ดี (3.41-4.20)	77 (40.31)
ปานกลาง (2.61-3.40)	28 (14.66)
น้อย (1.81-2.60)	2 (1.05)
น้อยมาก (1.00-1.80)	0 (0.00)
ภาพรวมค่าเฉลี่ยทัศคติระดับดี	**4.04 ± 0.49**

3. พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย

สรุปภาพรวมพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยระดับดี 3.98 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.69 รองลงมาคือระดับดีมาก ร้อยละ 36.12 และระดับปานกลาง ร้อยละ 14.14 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล

ระดับ	จำนวน (ร้อยละ)
ดีมาก (4.21-5.00)	69 (36.12)
ดี (3.41-4.20)	93 (48.69)
ปานกลาง (2.61-3.40)	27 (14.14)
น้อย (1.81-2.60)	2 (1.05)
น้อยมาก (1.00-1.80)	0 (0.00)
ภาพรวมค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคัดแยกขยะระดับดี	**3.98 ± 0.55**

4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล คือ แผนกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะภายในองค์การบริหารส่วนตำบล (η = 0.331) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อีกทั้งปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกันโดยมีค่าความสัมพันธ์ r = 0.271 และ r = 0.482 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากร

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. ปัจจัยด้านบุคคล		
1.1 เพศ	r_{pbs} = 0.075	0.301
1.2 อายุ	r = 0.069	0.344
1.3 อายุงาน	r = 0.080	0.271

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1.4 สถานภาพ	η = 0.214	0.067
1.5 ระดับการศึกษาสูงสุด	η =0.107	0.826
1.6 แผนก	η =0.331	0.003*
2. ปัจจัยด้านความรู้	r = 0.271	< 0.001*
2.1 ความรู้ด้านประเภทของขยะ	r = 0.111	0.127
2.2 ความรู้ด้านการคัดแยกขยะ	r = 0.213	0.003*
2.3 ความรู้ด้านการลดปริมาณขยะ	r = 0.351	< 0.001*
3. ปัจจัยด้านทัศนคติ	r = 0.482	< 0.001*

หมายเหตุ; * หมายถึง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน
η = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta)
r_{pbs} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

สรุปผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอเมือง จังหวัดเลย ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนภาพรวมทัศนคติและพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ในระดับดี ซึ่งพบว่า บางพฤติกรรมของบุคลากรที่ยังปฏิบัติไม่เหมาะสม คือ การคัดแยกขยะประเภทขยะแห้ง เช่น เศษไม้ เศษ กระดาษก่อนนำไปกำจัดด้วยวิธีการเผากลางแจ้ง ทั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านบุคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบลคือแผนกของบุคลากร และปัจจัยด้านความรู้และด้านทัศนคติที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยรวม 12.88 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.04) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ภาพรวมประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการการคัดแยกขยะมูลฝอยในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 10.93 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.35)[10] เช่นเดียวกันกับปี

พ.ศ. 2562 ศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า ความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 72.3[11] ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย ภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 4.04 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44) สอดคล้องกับการศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตตำบลป่าแฝก จังหวัดสุโขทัย ปี พ.ศ. 2563 พบว่า ทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.60[13] และปี พ.ศ. 2564 ศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม พบว่า ทัศนคติคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.59 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49)[12] ทั้งนี้อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี สำหรับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย ภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.98 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55) สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2564) พบว่า การคัดแยกขยะมูลฝอยอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.39 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57))[12] อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของผกามาศ รินรักษา (2559) พบว่า ภาพรวมประชาชนในเขตตำบลหนองเหียง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี มีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.68 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42)[8]

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคลากร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ แผนกที่มีความสันพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย $\eta = 0.331$ สำหรับปัจจัยความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากรภายในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = 0.271$ และ $r = 0.482$ ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความรู้รายด้าน พบว่า ความรู้ด้านการคัดแยกขยะและความรู้ด้านการลดปริมาณขยะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = 0.213$ และ $r = 0.351$ ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภษร วิเศษชาติ และคณะ (2560)[14] ได้ศึกษาความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = 0.174$ เช่นเดียวกันกับการวิจัยของผกามาศ รินรักษา (2559)[8] พบว่า ความรู้ที่เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = 0.174$ และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = 0.583$ เช่นกัน และยังสอดคล้องกับวิจัยของสมใจ เป้าทอง และคณะ (2562)[11] พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = 0.175$ และ $r = 0.386$ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า มีบุคคลมีความรู้ที่ดี และมีทัศนคติที่ดี ก็จะส่งผลให้พฤติกรรมการคัดแยกขยะภายในองค์กรหรือครัวเรือนดีด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า หัวหน้าองค์การบริหารส่วนตำบลหรือหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนบุคลากรทุกๆ คนในองค์กร ต้องมีการเน้นย้ำหรือมีนโยบายร่วมกันในองค์กรที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยภายในองค์กร เพื่อเป็นการลดปริมาณขยะจากต้นทาง (ต้นน้ำ) รวมถึงการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดก่อนที่จะเป็นขยะมูลฝอยที่จะนำไปกำจัดต่อไป โดยใช้หลัก 3R (Reduce Reuse และ Recycle) กล่าวคือการลดปริมาณขยะที่สร้างขึ้น การนำกลับมาใช้ใหม่ และการเปลี่ยนสิ่งที่เก่าและไร้ประโยชน์ ให้เป็นสิ่งใหม่ที่มีประโยชน์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ที่ได้จัดสรรงบประมาณโครงการสำหรับส่งเสริมการวิจัยสำหรับนักศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ปีงบประมาณ 2566 และขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเลย ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี 2561 [อินเทอร์ เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://thaimsw.pcd.go.th/report_region.php?year=2561&geography=1
2. กรมควบคุมมลพิษ. ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี 2562 [อินเทอร์ เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://thaimsw.pcd.go.th/report_region.php?year=2562&geography=1
3. กรมควบคุมมลพิษ. ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี 2563 [อินเทอร์ เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://thaimsw.pcd.go.th/report_region.php?year=2563&geography=1
4. กรมควบคุมมลพิษ. ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี 2564 [อินเทอร์ เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://thaimsw.pcd.go.th/report_region.php?year=2564&geography=1
5. กรมควบคุมมลพิษ. ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี 2565 [อินเทอร์ เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://thaimsw.pcd.go.th/report_region.php?year=2565&geography=1

6. เฉลิมชาติ แสไพศาล. การศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลแชะ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: สาขาวิชาวิศวกรรมโยธา สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2556.
7. สุชาดา ภัยหลีกลี้. พฤติกรรมและความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลกลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2557; 2(3): 263-271.
8. ผกามาศ รินรักษา. ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในเขตตำบลหนองเหียง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตกลุ่มวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
9. วิภาณี อุชุปัจ. ความรู้ พฤติกรรมในการจัดการขยะของประชาชน และคุณภาพการบริการในการจัดการขยะขององค์การบริหารส่วนตำบลเหล่ายาว อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
10. นฤญา ยางธิสาร, พันธ์ทิพย์ หินหุ้มเพ็ชร, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของผู้อยู่อาศัยในตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561; 28(1): 155-167.
11. สมใจ เป้าทอง, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, วรัศกรณ์ สุดสาคร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนตำบลบางเป้า อำเภอกันตรัง จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2562; 2(1): 12-22.

12. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ปนัดดา งามเปรี่ยม, สุรัตนา เหล่าไชย, ประภากร ศรีสว่าวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ตำบลแวงน่าง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564; 14(3): 104-114.
13. กริชวา ระดาพิทักษ์กุล, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, พุฒิพงศ์ มากมาย. ความรู้ ทัศนคติและการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตตำบลป่าแฝก จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564; 4(1): 77-86.
14. ศุภษร วิเศษชาติ, สมบัติ ศิลา, สุนิศา แสงจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคัดแยกขยะมูลฝอยของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564; 14(2): 69-79.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

15. สำนักงานการปกครองส่วนท้องถิ่น. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น [อินเตอร์ เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://loeilocal.go.th/public/
16. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท วิทยพัฒน์ จำกัด; 2553.
17. กนกวรรณ ศรมณี,โชติ บดีรัฐ. การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตตำบลท่าเยี่ยม อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร. Journal of Modern Learning Development 2565; 7(5): 166-178.
18. Blooms BS, Hastings JT, Madus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. 1st ed. New York: McGraw-Hill. 923; 1971.
19. Likert R. The Method of constructing attitude scale. In Reading in Fishbein. New York: Wiley & Son; 1967.
20. Best JW. Research in Education. 4th ed. New Delhi: Prentice Hall of India Pvt. Ltd; 1981.

ผลของโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

RESULTS OF THE STROKE REHABILITATION PROGRAM IN THE COMMUNITY SUPHANBURI PROVINCE

Received: July 06, 2024
Revised: October 17, 2024
Accepted: November 03, 2024

ปิยาภรณ์ พงษ์ประยูร[1*], พรรณี บัญชรหัตถกิจ[1], ทัศพร ชูศักดิ์[1]

Piyapron Pongprayoon[1*], Pannee Banchonhattakit[1], Thassaporn Chusak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 31 คน และกลุ่มทดลอง 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน โดยการฝังเข็มร่วมกับกายภาพบำบัด จำนวน 10 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับดี หลังการทดลอง พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย โปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนนี้สามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

คำสำคัญ: การฟื้นฟู, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, คุณภาพชีวิต, โรคหลอดเลือดสมอง

[1] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

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

*Corresponding author E-mail: Pongprayoon55@gmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

This research is quasi-experimental. The objective is to study the effects of the stroke rehabilitation program on the ability to perform daily activities, quality of life, and quality of life for patients only. Vascular disease Brain in the community of Suphanburi province. The sample group is 62 stroke patients divided into 31 control and 31 experimental groups. The research tool was the Barthel index assessment of the ability to perform daily activities. Quality of life questionnaire Quality of life questionnaire specific to stroke patients and stroke rehabilitation program Patients were rehabilitated after being discharged from the hospital back to the community. By combining acupuncture and physical therapy for 10 weeks, data were analyzed using mean statistics. Standard deviation and Paired t-test.

The research results found that ability to perform daily activities, quality of life (QQL), and quality of life on stroke patients (SS-QoL), before the experiment, both control and experimental groups had average scores of ability to perform daily activities and quality of life (QQL) at a moderate level, and quality of life only for stroke patients (SS-QoL) was at a good level. After the experiment, it was found that the ability to perform daily activities, quality of life (QQL), and quality of life on stroke patients (SS-QoL) in the experimental group had a higher mean score than before the control group with statistical significance (p-value < 0.001).

Suggestions from research. This community stroke rehabilitation program can be applied in other areas with similar contexts

Keywords: rehabilitation, ability to perform daily activities, quality of life, stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Cerebrovascular accident หรือ Stroke) คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมง แบ่งเป็น 2 ประเภท ตามลักษณะการเกิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน และโรคหลอดเลือดสมองแตก[1] สาเหตุของโรคมาจากอายุที่มากขึ้น การมีโรคประจำตัว และจากปัจจัยอื่นที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ เช่น ความผิดปกติของหลอดเลือด ความเครียด เป็นต้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตร้อยละ 75 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง และประเทศชาติ[2] จากสถิติในปี 2020 ของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Associati on : AHA) พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 ล้านคน พบผู้พิการ 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด[3] สำหรับประเทศไทยในปี 2560-2564 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 31,172 เป็น 36,214 ราย ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองของประเทศ[4] การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ให้เร็วที่สุดจะเป็นการลดภาวะทุพพลภาพ (Disability) โดยในระยะเวลา 1-3 เดือนแรกหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร่างกายจะมีการฟื้นฟูของระบบประสาทสูงที่สุด และมีการฟื้นตัวของการทำหน้าที่สูงสุดเช่นกัน เรียกระยะนี้ว่า “Golden period”[5] ทั้งนี้ หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ภายใน 3 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะทำให้ Functional recovery เพิ่มขึ้นร้อยละ 48-91 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูทั้งหมด[6]

จังหวัดสุพรรณบุรี จากรายงานประจำปี 2564 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จากการวิเคราะห์สถานการณ์ย้อนหลัง 3 ปี พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562-2564 จากร้อยละ 10.57 เพิ่มเป็นร้อยละ 12.41 พบว่า อัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้นเกินเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ คือ น้อยกว่าร้อยละ 7 และผลการดำเนินงานในปี 2565 ที่ผ่านมา พบว่า ผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป พบว่า มีเพียงร้อยละ 42.18 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ร้อยละ 60[7]

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยวิธีฝังเข็มรักษาในระยะหลังจากพ้นวิกฤตภายใน 3 เดือน ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จึงควรนำมาใช้เป็นวิธีบำบัดเสริม เป็นการฟื้นฟูโดยใช้ร่วมกับการรักษาหลักตามมาตรฐาน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด[8] และพบว่า กายภาพบำบัดร่วมกับการฝังเข็มสามารถเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ เมื่อเปรียบเทียบกับการทำกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว[9]

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในบทบาทแพทย์แผนจีนที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนทราบถึงปัญหาการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถนำศาสตร์การฝังเข็มที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยดังกล่าว มาเป็นแนวทางในการประยุกต์สร้างโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ให้ดียิ่งขึ้น

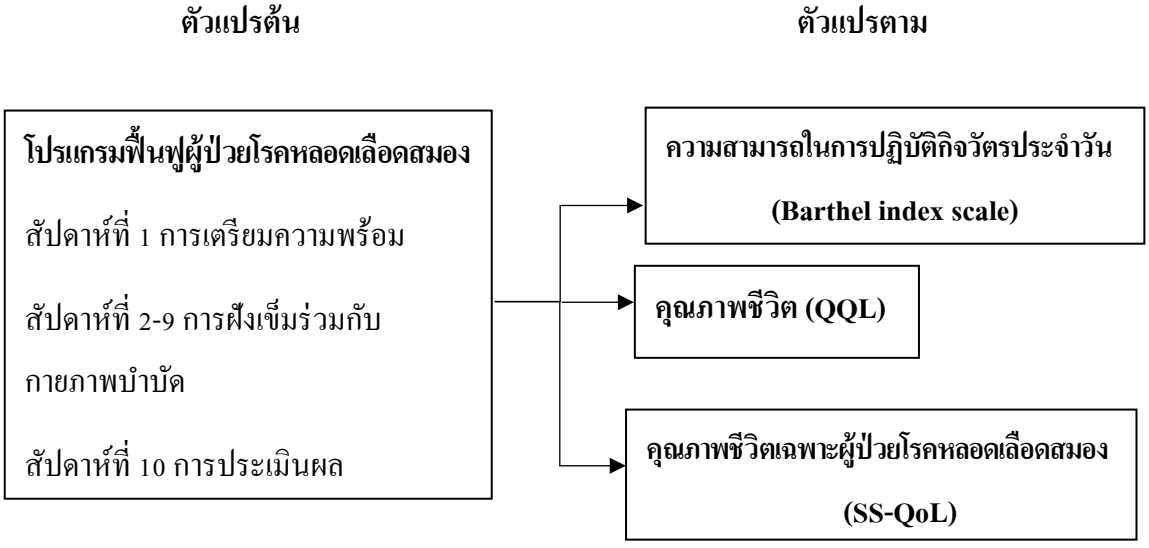
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมประกอบด้วย 10 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาวิจัยใกล้เคียงของเอื้อมพร สุ่มมาตย์ (2564) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มอิสระต่อกัน[10] ดังนี้

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

กำหนดให้

$\bar{z_\alpha}$ = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ดังนั้น $z_\alpha = 1.64$

z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่กำหนดให้ power of test = 80 ดังนั้น $z_\beta = 0.84$

μ_1, μ_2 = ค่าเฉลี่ยกลุ่มศึกษา 1, กลุ่มศึกษา 2

σ^2 = ความแปรปรวน

แทนค่าในสูตรได้ n = 30.97 ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 31 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้กลุ่มละ 31 คน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกิจกรรมจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Perposive Sampling) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-65 ปี จังหวัดสุพรรณบุรี มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน ไม่เคยได้รับการกายภาพบำบัดและไม่เคยได้รับการฝังเข็ม ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถอ่านออกเขียนได้ และไม่มีปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร เกณฑ์การคัดตัวอย่างออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม การมีเครื่องกระตุ้นหัวใจ แพ้เข็มที่เป็นโลหะ การได้รับยาละลายลิ่มเลือดเป็นประจำ และ

มีความผิดปกติจากการแข็งตัวของเลือด มีการเข้ารับการบำบัดด้วยวิธีการอื่น เช่น การนวดแผนไทย การนั่งเก้าอี้ แม่เหล็กไฟฟ้า เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. โปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 10 สัปดาห์ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ[11] ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลใน ระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถข้ามผ่านระยะของความเจ็บป่วยอย่างราบรื่น และให้การดูแลจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่การดูแลใหม่ โดยรูปแบบการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ร่วมกันในการวางแผนฟื้นฟูผู้ป่วย ออกเยี่ยมบ้านให้บริการฟื้นฟูด้วยการกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัดร่วมกับการฝังเข็มโดยแพทย์แผนจีน (ผู้วิจัย) โดยการประเมินคะแนน (Barthel index scale) ก่อนการฟื้นฟู การฝังเข็ม ประกอบด้วย การใช้จุดฝังเข็มขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของร่างกายผู้ป่วย กระตุ้นเข็มด้วยเครื่องกระตุ้นไฟฟ้ากำลังไฟ 15 โวลท์ นาน 20 นาที จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือน (จำนวน 12 ครั้งใน 1 เดือน) และในเดือนที่ 2 จะนัดผู้ป่วยมาฝังเข็ม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา1เดือน (จำนวน 8 ครั้งใน 1 เดือน) รวมผู้ป่วยจะได้รับการฝังเข็มจำนวน 2 เดือน จำนวน 20 ครั้ง เท่ากับ 1 คอร์ส หลังรักษาจนครบคอร์ส ติดตามผลการรักษาโดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index scale) กายภาพบำบัด ประกอบด้วย การบริหารร่างกายและการใช้เครื่องมือทางกายภาพชนิดต่างๆ ตามความบกพร่องของร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละคน ใช้เวลาครั้งละ 30-60 นาที เป็นเวลา 1 ครั้ง/สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกประวัติข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาในชุมชน จังหวัดสุพรรรณบุรี ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะแทรกซ้อน โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คะแนน (ADL) ที่ประเมินครั้งแรก ผู้ดูแล ความต้องการการดูแล การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บาร์เธลอินเดก[12] แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา (2550) และมีผู้นำไปใช้กันอย่างสากล ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index [IOC]) เท่ากับ 1 ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็น 4 ระดับ มีการแปลผลดังนี้ 1-4 คะแนน หมายถึง พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ 5-8 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ส่วนใหญ่พึ่งพาผู้อื่น 9-11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และ 12-20 คะแนน พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence [IOC]) เท่ากับ 0.99 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉบับภาษาไทย (Thai-SS-QoL-12) แบบวัดประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence [IOC]) เท่ากับ 0.96 แบบวัดดังกล่าวพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) ผู้วิจัยได้แบ่งการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ออกเป็น 5 ระดับ โดยดัดแปลงการแปลผลค่าคะแนนตามการรับรู้ของ Best & Khan (2006)[13] ใช้หลักเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยในการให้คะแนน และความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 แสดงถึง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 แสดงถึง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 แสดงถึง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 แสดงถึง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 แสดงถึง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยได้ค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 0.93 คุณภาพชีวิต (QQL) เท่ากับ 0.96 และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) เท่ากับ 0.97 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต (QQL) และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต (QQL) และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ รหัสโครงการวิจัย REC No. 0055/2566 เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2566 โดยยึดหลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย และหลักยุติธรรมตามหลักการพื้นฐานสามประการด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ตามข้อเสนอในรายงานเบลมองต์ (Belmont Report)[14]

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.5 อายุเฉลี่ย 69.2 ปี ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 61 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีผู้ดูแล มีความต้องการการดูแลสุขภาพ และเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 100

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.5 อายุเฉลี่ย 65.5 ปี ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 81 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีผู้ดูแล มีความต้องการการดูแลสุขภาพ และเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 100

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต (QQL) และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิต (QQL) อยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดี กลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต (QQL) และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	Mean±S.D.	ระดับ	Mean±S.D.	ระดับ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	12.45±5.26	ดี	15.00±5.15	ดี
คุณภาพชีวิต (QQL)	67.67±22.49	ปานกลาง	77.42±20.06	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL)	44.83±13.73	ดี	28.96±9.26	ปานกลาง

ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต (QQL) และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต (QQL) และคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง Mean±S.D.	หลังทดลอง Mean±S.D.	t	95%CI of the different		p-value
				Lower	Upper	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	15.00±5.15	18.03±2.33	-3.77	-4.67	-1.39	<0.001
คุณภาพชีวิต (QQL)	79.74±20.98	94.09±18.09	-19.26	-18.44	-14.90	<0.001
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL)	28.96±9.26	39.03±13.66	18.43	9.55	11.93	<0.001

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

2. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต (QQL) พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SS-QoL) พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่ม ทดลองสูงขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เป็นผลมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการฝังเข็มร่วมกับกายภาพบำบัดทำให้มีการปรับปรุง การทำงานของระบบประสาท กระตุ้นสมอง สามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ดีขึ้น มากกว่าการกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของพยุงศักดิ์ สุจิตวัฒนศักดิ์ การฝังเข็มร่วมกับการทำกายภาพบำบัด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ผลการรักษาที่ดีกว่าในเรื่องคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว และในกิจกรรมของโปรแกรมจะถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยในระยะหลังพ้นวิกฤตภายใน 3-6 เดือน ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และเพิ่มการทำงานของเอนไซม์ต้านอนุมูลอิสระ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้[15]

ผลการวิจัย พบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (QQL) คุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองสูงขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลจากการได้รับโปรแกรมฟื้นฟูด้วยการฝังเข็มร่วมกับกายภาพบำบัดเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข[16] ผลที่ได้รับจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของชานานันท์ ประดิษฐบาทุกา, วิลาวัลย์ เติมกลิ่นจันทน์ การฝังเข็มช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น[17]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการนำผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน โดยทีมแพทย์ พยาบาลร่วมกันประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะปกติก่อนใช้โปรแกรม จึงจะสามารถใช้โปรแกรมนี้ได้ และติดตามประเมินผลในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือน

2. ควรมีการพัฒนางานวิจัยในอนาคตโดยการเพิ่มแพทย์แผนไทยเข้าไปในโปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการฟื้นฟูผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ ได้รับความกรุณาจากผู้บริหารงานชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนทุกท่านที่สนับสนุน ขอขอบคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ป้องกันได้. [อินเตอร์ เน็ต]. สงขลา: สำนักงานป้องกั นควบคุมโรคที่ 12 สงขลา; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https:// ddc.moph.go.th/odpc12/news.php?news=10006&deptcode=
2. สถาบันประสาทวิทยา. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สถาบัน ; 2556.
3. American Heart Association. AHA guidelines update for CPR and ECC. [Internet]. 2021 [Cited 2022 Dec 15]. Available from: https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. Cramer SC. Repairing the human brain after stroke: I. Mechanisms of spontaneous recovery. Ann Neurol 2008; 63(3): 272-87.
6. Hyndman D, Pickering RM, Ashburn A. The influence of attention deficits on functional recovery post stroke during the first 12 months after discharge from hospital. Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry 2008; 79(6): 656-663.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานประจำปี ปีงบประมาณ 2564. สุพรรณบุรี: สำนักงาน; 2564.
8. Wang J, Pei J, Khiati D, Fu Q, Cui X, Song Y, et al. Acupuncture treatment on the motor area of the scalp for motor dysfunction in patients with ischemic stroke: study protocol for a randomized controlled trial. National Library of Medicine 2017; 18(1): 1-11.
9. เอื้อมพร สุ่มมาตย์, อุมภิกา ซองเหล็กนอก. ประสิทธิผลของการฟื้นฟูสภาพโดยการกายภาพบำบัดร่วมกับการฝังเข็มต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2564; 29(2): 260-270.
10. อรุณ จิรวัฒน์กูล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2551.
11. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heartfailure: A randomized, controlled trial .Journal of the American Geriatrics Society 2004; 52(5): 675-684.

12. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland state medical Journal 1965; 14(1): 56-61.
13. Post MW, Boosman H, van Zandvoort MM, Passier PE, Rinkel GJ, Visser-Meily JM. Development and validation of a short version of the stroke specific quality of life scale. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2011; 82(3): 283-286.
14. ธาดา สืบหลินวงศ์, พรรณแข มไหสวริยา, สุธี พานิชกุล. แนวทางจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2551.
15. พยุงศักดิ์ สุจิตวัฒนศักดิ์. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยวิธีฝังเข็มรักษา. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์ 2564; 36(1): 89-100.
16. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. กรุงทพฯ: ร้านพุ่มทอง; 2563.
17. ชานานันท์ ประดิษฐบาทุกา, วิลาวัลย์ เติมกลิ่นจันทน์. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ใช้บริการการแพทย์ทางเลือกโดย การฝังเข็มศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์) 2564; 13(25): 25-36.

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2 ส. ของแรงงานกัมพูชาที่ทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดชลบุรี

DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY TO PROMOTE HEALTH BEHAVIOR 3E. 2S. OF CAMBODIAN WORKERS WORKING AT WORKPLACES IN CHONBURI PROVINCE

Received: September 11, 2024
Revised: October 25, 2024
Accepted: November 11, 2024

ณัทณพงศ์ พีรภัคพงศ์[1], ประสิทธิ์ กมลพรมงคล[2*]
Natnapong peerapakapong[1], Prasit Kamolpornmongkol[2*]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของแรงงานกัมพูชาในสถานประกอบการ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะ2 เป็นการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ ระยะที่ 3 ผลการพัฒนาความรอบรู้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Pearson's Correlation Coefficient Independent Sample t-test Paired Sample t-test

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ความรอบรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.001 (r= 0.285) การส่งเสริมความรอบรู้ ประกอบด้วย 1) นโยบายและความคาดหวัง 2) กิจกรรมและช่วงเวลาที่จัดกิจกรรม 3) วิธีการดำเนินงาน 4) การสนับสนุน ระยะที่ 2 รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม 1) การเข้าถึง เข้าใจ รู้เท่าทันสื่อ สู่พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง 2) ทักษะสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความเชี่ยวชาญ 3) การค้นหาสู่การจัดการตนเอง 4) การตัดสินใจดีชีวีมีสุข ระยะที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.001

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ ส่งเสริมให้แรงงานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส., แรงงานกัมพูชา

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
Chonburi Provincial Public Health Office
[2] สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Burapha University
*Corresponding author E-mail: prasit.ka@go.buu.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

This research aime to study the health literacy development model to promote health behavior 3E. 2S. of Cambodian workers working in the workplace in Chonburi Province. The research design was a research and development. In phase 1, Data were collected using questionnaires and in-depth interviews. In phase 2, the health literacy development activity model was developed. In phase 3, the results of health literacy development were analyzed using Pearson's Correlation Coefficient, Independent Sample t-test, and Paired Sample t-test.

The results of phase 1 research found that health literacy showed a positive relationship with health behavior with statistical significance at the p-value<0.001 level (r = 0.285). Health literacy promotion consisted of 1) Policies and expectations, 2) Activities and Activity periods, 3) Implementation methods, and 4) Support. In phase 2, The health literacy development model consists of 4 activities: 1) Aaccess, understanding, and media literacy. To self-care behavior 2) Communication skills to enhance expertise 3) Searching for self-management 4) Good decision-making for a happy Life Phase 3 The results of the evaluation of the effectiveness of the model found that after the experiment, the experimental group had more health literacy and health care behavior than before the experiment and more than the control group, which was significantly different at a statistical level of < 0.001

Recommendations This health literacy development model should be used to develop health literacy to encourage workers to have correct and increased health care behaviors.

Keywords: Health Literacy, Health Behaviors 3E 2S, Cambodian Workers

บทนำ

ปัญหาสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจ การดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวจึงเป็นกลไกสำคัญที่ส่งผลทำให้ระบบเศรษฐกิจสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างคล่องตัว จากรายงานภาระโรค (burden of disease: BOD) ปี พ.ศ. 2559 ขององค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า โรคไม่ติดต่อที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) มากเป็นอันดับต้นๆ ซึ่งพบว่า ในประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคตับแข็ง ภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการบาดเจ็บบนถนน[1] และจากการศึกษาการจัดลำดับความสำคัญของภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของแรงงานต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย พบว่า ภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ 10 อันดับแรก ส่วนหนึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[2] สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาในไทย ทั้งมีและไม่มีบัตรประกันสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลที่อยู่ในชายแดนไทย 3 จังหวัด และจังหวัดระยอง ซึ่งปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาโรคไม่ติดต่อ[2-4] และยังสอดคล้องกับปัญหาโรคไม่ติดต่อในคนต่างด้าวของประเทศอื่นๆ ด้วย[5-7]

จากการสำรวจสถานประกอบการที่ผลิตเนื้อไก่แปรรูปส่งออกในจังหวัดชลบุรีเบื้องต้น ในปี 2565 ที่ได้จากการตรวจสุขภาพประจำปีของสถานประกอบการ พบว่า พนักงานแรงงานต่างด้าวสัญชาติกัมพูชา มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 27.2 ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 61.9 ระดับความดันโลหิตผิดปกติ ร้อยละ 14.2 ค่าดัชนีมวลกายผิดปกติ ร้อยละ 58.7 มีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 51.4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 42.5 และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.2 ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาโรคไม่ติดต่อที่พบในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ดังนั้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญคือการให้แรงงานต่างด้าวมีการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ จัดการด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดสูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพของตนเองในการป้องโรคไม่ให้เกิดติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. เป็นวิธีการที่ดีที่สุด [8]

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานต่างด้าว พบว่า ปัจจัยจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ความต้องการด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของของแรงงานต่างด้าว[9] และจากการศึกษาความรอบรู้แรงงานต่างด้าวกัมพูชาการในจังหวัดชลบุรี ในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติที่เกิดจากความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น พบว่า ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย การฟังภาษาไทย การพูดภาษาไทย การได้รับข้อมูลจากเพื่อน การได้รับข้อมูลจากนายจ้าง และการรับรู้ข้อมูลสุขภาพจากเสียงตามสายมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับการสื่อสารและการเข้าถึงบริการสุขภาพ[10]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจ

นำมาใช้ในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะทำให้บุคคลมองเห็นจุดอ่อนหรือสิ่งที่จะต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง โดยเฉพาะในกระบวนการสื่อสารและสร้างความตระหนักจะทำให้สามารถค้นหาและแก้ไขปรับปรุงปัจจัยต่างๆ ได้สมความคาดหวังและส่งผลทำให้มีสุขภาพดี กระบวนการทางสุขศึกษา การสื่อสารเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดพลังอำนาจขึ้นภายในตัวบุคคล และมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่างๆ ตามมา จากการทบทวนข้อมูล พบว่า แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่จะการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ความเสี่ยง เป็นเพียงการรู้เท่าทันสุขภาพในระดับพื้นฐาน ทำให้องค์การอนามัยโลกเห็นความสำคัญแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพระดับปัจเจกบุคคล ทำให้บุคคลมีการพัฒนาตนเองใน 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณญาณ ประกอบด้วย คุณลักษณะ 6 ด้าน คือ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ6) การรู้เท่าทันสื่อ[11]

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานกัมพูชา ที่ได้จากการศึกษาข้อมูล และได้นำมาการสร้างรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้แรงงานในสถานประกอบการมีความสามารถ ทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และจัดการดูแลตนเอง สามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ในการปฏิบัติตนการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพนักงาน ให้มีความพร้อมต่อการรับมือกับปัญหา เพื่อป้องกันและลดผลกระทบปัญหาต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของแรงงานกัมพูชาในสถานประกอบการ จังหวัดชลบุรี

2. เพื่อสร้างรูปแบบและประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของแรงงานกัมพูชาในสถานประกอบการ จังหวัดชลบุรี

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของแรงงานกัมพูชาในสถานประกอบการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ในสถานประกอบการ จังหวัดชลบุรี ระยะที่ 2 การสร้างและการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2 ส. และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2 ส.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานซึ่งเป็นแรงงานกัมพูชา จำนวน 30,090 คน ซึ่งกระจายอยู่ในสถานประกอบการ ในจังหวัดชลบุรี[12]

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 1 ในตัวอย่างในการศึกษาเชิงสำรวจเป็นแรงงานกัมพูชา จำนวน 480 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาขั้นตอนครั้งนี้ คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอัตราส่วนระหว่างหน่วย ตัวอย่างและจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรควรจะเป็น 20 หน่วยต่อ 1 ตัวแปรสังเกตได้[13] สำหรับในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรสังเกตได้ 24 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 480 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้คัดเลือกแรงงานกัมพูชาในสถานประกอบการผลิตเนื้อไก่แปรรูปส่งออก จำนวน 2 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนแห่งละ 240 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกระบวนการผลิตทั้ง 3 แผนก ได้แก่ แผนกไก่เป็น แผนกแปรรูปไก่ดิบ แผนกแปรรูปไก่สุก ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแผนกละ 80 คน ทั้ง 2 แห่ง ในการสุ่มตัวอย่างนั้น เป็นการสุ่มจากบัญชีรายชื่อ ในแต่ละแผนก ส่วนกลุ่มตัวอย่างในศึกษาเชิงคุณภาพ คือ ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานประกอบการ ได้แก่ ผู้ประกอบการ 2 คน ผู้จัดการ 6 คน หัวหน้าฝ่าย 8 คน โดยคัดเลือกจากสถานประกอบการจำนวน 2 แห่ง อำเภอพนัสนิคม กับอำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 3 เป็นแรงงานกัมพูชาในสถานประกอบการผลิตเนื้อไก่แปรรูปส่งออก อำเภอพนัสนิคม จำนวน 1 แห่ง และอำเภอหนองใหญ่ จำนวน 1 แห่ง จำนวนแห่งละ 33 คน รวมทั้งสิ้น 66 คน โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างในวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดโดยใช้สูตรที (t) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ความคาดเคลื่อน (e) เท่ากับ 2 ความแปรปรวนของประชากร (s) เท่ากับ 4 และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรที (t) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 33 คน[14] ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ต้องใช้การศึกษาสองกลุ่มๆ ละ 33 คน รวมทั้งสิ้น 66 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเปิดรับสมัครแรงงานกัมพูชาผู้ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 2 แห่งๆ ละ 33 คน โดยผู้สมัครเข้าร่วมกิจกรรมเป็นพนักงานประจำของสถานประกอบการผลิตไก่แปรรูป และสามารถพูดหรืออ่านหรือเขียนหนังสือภาษาไทยได้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 1 เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างมีเนื้อหาเกี่ยวการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรม ของแรงงานในสถานประกอบการ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของแรงงานในสถานประกอบการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเครื่องที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 3 เป็นรูปแบบที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กิจกรรมครั้งที่ 1 เข้าถึง เข้าใจ รู้เท่าทันสื่อ สู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 2 ทักษะสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความเชี่ยวชาญ กิจกรรมครั้งที่ 3 ค้นหาสู่การจัดการตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 4 ตัดสินใจดีชีวีมีสุข โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 6 ชั่วโมง จำนวน 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) การศึกษาในระยะที่ 1 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Content validity index-CVI) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 0.80 ถึง 1.00 และได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับแรงงานกัมพูชาเป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีจำนวน 30 คน ค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Coefficient alpha of Cronbach) อยู่ระหว่าง 0.70-0.94 ส่วนการตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษาในระยะ 2 เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบประเมินประสิทธิภาพ เมื่อประเมินประสิทธิภาพเสร็จเรียบร้อยแล้ว นำไปประเมินประสิทธิผลในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 3 ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล และการประเมินประสิทธิผลรูปแบบเป็นการศึกษาสองกลุ่มวัด 2 ครั้ง เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้าน และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test และเปรียบเทียบหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัส REC 002/2567 ลงวันที่ 31 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 51.0 เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 49.0 ส่วนใหญ่อายุของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 26-36 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.5 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 81.3 มากที่สุด และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.2 มากที่สุด

จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การจัดการตนเอง การสื่อสารสุขภาพ รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส.ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.333$, 0.287, 0.287 และ 0.173 ตามลำดับ) และความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.105$) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 ($r = 0.285$) ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ของกลุ่มตัวอย่าง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส.	p-value
การจัดการตนเอง	.333**	< 0.001
การสื่อสารสุขภาพ	.287**	< 0.001
รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	.287**	< 0.001
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	.173**	< 0.001
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	.105*	0.021
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.285**	< 0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ** มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ของแรงงานกัมพูชา สรุปได้ 4 ประเด็น คือ 1) นโยบายการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความคาดหวัง 2) กิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้

ด้านสุขภาพ และช่วงเวลาที่จัดกิจกรรม 3) วิธีการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 4) การสนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2 ส. ของแรงงานกัมพูชาที่ทำงานในสถานประกอบการ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 1 เข้าถึง เข้าใจ รู้เท่าทันสื่อ สู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 2 ทักษะสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความเชี่ยวชาญ กิจกรรมครั้งที่ 3 ค้นหาสู่การจัดการตนเอง และกิจกรรมครั้งที่ 4 ตัดสินใจดีชีวีมีสุข

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2 ส. ของแรงงานกัมพูชาที่ทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดชลบุรี

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองและหลังทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean Difference	95% CI	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
ความรู้ความเข้าใจ	2.18	0.88	4.67	0.54	-2.48	(-2.85)-(-2.12)	< 0.001
การเข้าถึงข้อมูลฯ	2.97	1.13	8.79	0.93	-5.81	(-6.32)-(-5.32)	< 0.001
การสื่อสารสุขภาพ	6.52	2.15	12.39	1.66	-5.88	(-6.82)-(-4.94)	< 0.001
การจัดการตนเอง	6.64	1.98	13.00	1.12	-6.36	(-7.18)-(-5.54)	< 0.001
การรู้เท่าทันสื่อ	3.88	1.71	8.15	1.25	-4.27	(-4.98)-(-3.57)	< 0.001
การตัดสินใจฯ	7.30	1.57	12.15	1.58	-4.85	(-5.75)-(-3.94)	< 0.001
ความรอบรู้สุขภาพ	29.48	4.00	59.15	2.64	-29.67	(-31.23)-(-28.09)	< 0.001
พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส.	14.33	3.59	25.42	1.35	-11.09	(-12.51)-(-9.67)	< 0.001

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง = 4.67 (S.D. = 0.54) และหลังการทดลอ = 2.73 (S.D. = 0.76) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 คะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง = 2.97 (S.D. = 1.13) และหลังการทดลอง = 8.79 (S.D. = 0.93) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00คะแนนเฉลี่ยการสื่อสารสุขภาพในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง = 6.52 (S.D. = 2.15) และหลังการทดลอง = 12.39 (S.D. = 1.66) แสดงว่า

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการสื่อสารสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง = 6.64 (S.D. = 1.98) และหลังการทดลอง = 13.00 (S.D. = 1.12) แสดงว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง = 3.88 (S.D. = 1.71) และหลังการทดลอง = 8.15 (SD = 1.25) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง = 7.30 (S.D. = 1.57) และหลังการทดลอง = 12.15 (S.D. = 1.58) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง = 29.48 (S.D. = 4.00) และหลังการทดลอง = 59.15 (S.D. = 2.64) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรอบรู้สุขภาพมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง = 14.33 (S.D. = 3.59) และหลังการทดลอง = 25.42 (S.D. = 1.35) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของกลุ่มตัวอย่างหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**กลุ่มทดลอง**		**กลุ่มควบคุม**		**Mean Difference**	**95% CI**	**p-value**
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
ความรู้ ความเข้าใจ	4.67	0.54	2.73	0.76	1.94	1.61-2.63	< 0.001
การเข้าถึงข้อมูลฯ	8.79	0.93	3.64	1.11	5.15	4.65-5.66	< 0.001
การสื่อสารสุขภาพ	12.39	1.66	7.06	1.98	5.33	4.43-6.23	< 0.001
การจัดการตนเอง	13.00	1.11	6.33	1.63	6.67	5.98-7.36	< 0.001
การรู้เท่าทันสื่อ	8.15	1.25	4.85	1.52	3.30	2.62-3.99	< 0.001
การตัดสินใจฯ	12.15	1.58	6.94	1.41	5.21	4.47-5.95	< 0.001
ความรอบรู้สุขภาพในภาพรวม	59.15	2.65	31.55	4.31	27.61	25.85-29.36	< 0.001
พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส.	25.42	1.35	15.09	2.60	10.33	9.31-11.35	< 0.001

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง = 4.67 (S.D. = 0.54) และกลุ่มควบคุม = 2.73 (S.D. = 0.76) แสดงว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง = 8.79 (S.D. = 0.93) และกลุ่มควบคุม = 3.64 (S.D. = 1.11) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยการสื่อสารสุขภาพหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง = 12.39 (S.D. = 1.66) และกลุ่มควบคุม = 7.06 (S.D. = 1.98) แสดงว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการสื่อสารสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง = 13.00 (S.D. = 1.11) และกลุ่มควบคุม = 6.33 (S.D. = 1.63) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง = 8.15 (S.D. = 1.25) และกลุ่มควบคุม = 4.85 (S.D. = 1.52) แสดงว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง = 12.15 (S.D. = 1.58) และกลุ่มควบคุม = 6.94 (S.D. = 1.41) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพในภาพรวมหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง = 59.15 (S.D. = 2.65) และกลุ่มควบคุม = 31.55 (S.D. = 4.31) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรอบรู้สุขภาพในภาพรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมตาม 3อ. 2ส. หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง = 25.42 (S.D. = 1.35) และกลุ่มควบคุม = 15.09 (S.D. = 2.60) แสดงว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมตาม 3อ. 2ส.มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์, เชาวลิต ลิ่มวิจิตรวงศ์ และนิตียา ศิริแก้ว[15] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p-value < 0.001 และการศึกษาของประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์[16] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรฤติกรรม การดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานประกอบการ นั้นมีนโยบายที่ชัดเจน ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมที่ช่วยขับเคลื่อนให้แรงงานเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับแรงงานในสถานประกอบการ ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม เข้าถึง เข้าใจ รู้เท่าทันสื่อ สู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมทักษะสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความเชี่ยวชาญ กิจกรรมค้นหาสู่การจัดการตนเอง และกิจกรรม การตัดสินใจดีชีวีมีสุข ซึ่งผลที่ได้จากการพัฒนาในครั้งนี้ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ในการดำเนินกิจกรรม ใช้วิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มนำเสนอความเข้าใจตามแนวทางที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมที่ผ่านมาทีละหัวข้อ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มพร้อมนำเสนอข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากกลุ่ม มีการติดตามกระตุ้นโดยผ่านทางแอพพลิเคชั่นทางไลน์ พัฒนาทักษะความรอบรู้สุขภาพอย่างต่อเนื่อง พร้อมกลับไปทบทวนและปรับปรุงแก้ไข ในสิ่งที่ผิดพลาดแล้วรายงานผลทางแอพพลิเคชั่นทางไลน์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่น เกิดแรงจูงใจ และเห็นคุณค่าในตนเอง ในการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งสำคัญที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จเกิดความยั่งยืน สถานประกอบต้องมีนโยบายความคาดหวังในการพัฒนาสุขภาพของแรงงาน มีการสนับสนุนการแรงงานให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยกำหนดช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมส่งเสริมการสุขภาพ มีวิธีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของทุกแผนก และให้การสนับสนุนการดำเนินการทำกิจกรรม โดยให้การสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้นำข้อมูลที่ได้ไปใช้กำหนดเป็นนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพแรงงานต่างด้าวในสถานประกอบการ และจากผลการศึกษารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพจะประสบความสำเร็จได้เจ้าของสถานประกอบการ ผู้จัดการ หัวหน้าแผนก และพนักงานทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมและเห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ไปศึกษาในแรงงานกลุ่มอื่น เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิภาพ โดยมีการเปรียบเทียบมีข้อมูลภาวะสุขภาพ การลาป่วย และค่ารักษาพยาบาลในการประเมินผลระหว่างก่อนและหลังการดำเนินงานการประเมินทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Regional Office for Europe. (2016). Global health estimates 2015: DALYs by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva: World Health Organization.
2. ศุภวรรธน์ เพิ่มผลสุข และคณะ. การจัดลำดับความสำคัญภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ ของคนต่างด้าวในประเทศไทย.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(4): 657-667.
3. รัฐกรณ์ ดอนลาดลี, นิลวรรณ อยู่ภักดี. การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของแรงงานต่างด้าว อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2557-2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(1): 47- 53.
4. สานนท์ สังข์ภาพันธ์. แรงงานต่างด้าวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแกลง จังหวัดระยอง. 2551. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ 2551; (2,ฉบับเสริม 5): 1061-6.
5. สุวารี เจริญมุขยนันท์, ถาวร สกุลพาณิชย์, พัชนี ธรรมวันนา, อนุชิต สว่างแจ้ง, ณัฐธิดา สุขเรืองรอง. การศึกษาสถานการณ์การให้บริการสุขภาพกับชาวกัมพูชาที่ชายแดนไทย-กัมพูชา: กรณีศึกษาจังหวัดสระแก้ว จันทบุรี และตราด. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
6. Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, et al. Evidence- based clinical guidelines for immigrants and refugees. CMAJ. 2011; 183(12): E824-E9.
7. Australasian Society for Infectious Diseases and Refugee Health Network of Australia. Recommendations for comprehensive post-arrival health assessment for people from refugee-like backgrounds. 2nd ed. New South Wales: Australasian Society for Infectious Diseases; 2016.
8. World Health Organization. Health Promotion Glossary. World Health Organization. Geneva: WHO/HPR/HEP/98.1.; 1998.
9. ดา เรียมริมมะดัน, ศิรินันท์ คำสี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสาร มฉก.วิชาการ 2561; 21(42): 79-91.
10. พัชนา เฮ้งบริบูรณ์, พงศ์ ใจดี, วัลลภ ใจดี และจิรภัค สุวรรณเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานชาวกัมพูชาที่ประกอบอาชีพในจังหวัดชลบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561; 5(2): 86-101.
11. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for health education and communication strategies into the 21st century. Health International. 2000; 15(3): 259-267.

12. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. สถิติจำนวนคนต่างด้าว เดือนธันวามคม 2566. กรมการจัดหางาน. กระทรวงแรงงาน; 2567.
13. นงลักษณ์ วิรัชชัย. โมเดลลิสเรล: สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2542.
14. อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน. การสุ่มตัวอย่างทางการศึกษา. ฟันนี่พับบลิชชิ่ง. กรุงเทพฯ; 2537.
15. นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์, เชาวลิต ลิ่มวิจิตรวงศ์ และนิติยา ศิริแก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 10; 2562: 1600-1611.
16. ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2562; 11(1): 37-51.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

รูปแบบการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในจังหวัดนครราชสีมา

INTEGRATED MODEL OF HEALTH LITERACY AND APPLICATION AMONG UNCONTROLLED TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS AT NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

Received: September 16, 2024
Revised: November 19, 2024
Accepted: November 22, 2024

วิชุดา จันทะศิลป์[1*], พรรณี บัญชรหัตถกิจ[2], ทัศพร ชูศักดิ์[2], รัฐพล ศิลปรัศมี[2]
Wichuda Chantasin[1*], Pannee Banchonhattakit[2], Thassaporn Chusak[2], Ratthapol Sillaparassamee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชัน 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 3) การประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงเปรียบเทียบ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้น ควรนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แอปพลิเคชัน

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
Dr.P.H. Student, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage Phathum Thani Province
[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage Phathum Thani Province
*Corresponding author E-mail: Wichuda.chan@vru.ac.th

Abstract

This quasi-experimental research aimed to explore the effectiveness of using integrated health literacy with patients' DM application for the uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients in Nakhon Ratchasima Province. The sample group consisted of the 34 type 2 diabetes patients selected according to inclusion criteria and another 34 control group participants. Tools employed in the research were 1) health literacy with applications, 2) health literacy and self-care behavior, and 3) blood sugar level assessment. The data were analyzed using comparative statistics using paired t-test and independent t-test.

The results revealed that showed that the average scores of health literacy and self-care behavior of the experimental group after the experiment were significantly higher than before the experiment. After the experiment, the average scores of health literacy and self-care behavior of the experimental group were significantly higher than those from the control group. Meanwhile, the experimental group had a significantly lower average blood sugar level compared those from to the control group (p-value < 0.001). Therefore, it should be used as a guideline to encourage people with type 2 diabetes to change their own health behaviors and be able to control their blood sugar levels. To reduce further complications.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus**,** Model of health literacy, Application

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรค จากการรายงานข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2588[1] โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบมากถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น[2]

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2562-2566 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 6,359.1, 6,670.3, 6,995.9, 7,339.7 และ 7,685.2 ต่อประชากรแสนคน และพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 25.9 ต่อประชากรแสนคน โดยอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2561–2565 เท่ากับ 21.9, 25.3, 25.1, 24.5 และร้อยละ 25.9 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาเพียงร้อยละ 28.28 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[3] โดยพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ในปี พ.ศ. 2561-2565 มีอัตราการป่วยโรคเบาหวานรายใหม่รวมทุกกลุ่มอายุ เท่ากับ 6.20, 6.69, 7.03, 7.50 และ 7.91 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2565 เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ พบอัตราการป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 8.61, 7.61, 6.50 และ 9.45 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดนครราชสีมา มีอัตราป่วยโรคเบาหวานเป็นอันดับ 2 ของเขตสุขภาพ[4] ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ได้ (< 130 มก./ดล.) มีสาเหตุมาจากภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับความบกพร่องของตับอ่อนในการสร้างอินซูลินที่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะโคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่วนภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต ระบบประสาท และปัญหาที่เท้าจากเบาหวาน ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติ[5] ทั้งนี้สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร การไม่ออกกำลังกาย มีภาวะเครียด และการกินยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้[6] การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับคนปกติ จะสามารถลดอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคแทรกซ้อนได้จึงถือว่า เป็นแนวทางสำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน การหาวิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานต้องคำนึงถึงการได้ผลที่คุ้มค่าตรงกับความต้องการ เพื่อให้น้ำตาลในเลือดเข้าสู่ภาวะปกติได้ ด้วยการจัดการพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง[7]

แนวคิดที่ว่ารูปแบบการบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนสามารถนำข้อมูลสุขภาพไปใช้

เพื่อตัดสินใจในการดูแลสุขภาพและบริการ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ[8] ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียงสามารถที่แสวงหาความรู้ในการจัดการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมได้[9] รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสร้างองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพที่ทันสมัย[10] มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เทคโนโลยี Mobile Health สามารถใช้ในการบันทึกยา การบริโภคอาหาร การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)[11] และแนวคิดการนำแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์สมาร์ทโฟนในการช่วยบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพและการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวาน มีระบบการแจ้งเตือนหากผู้ป่วยพบภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก การลืมกินยาและฉีดยา ซึ่งในประเทศไทยส่วนมากหน่วยบริการสุขภาพแจกสมุดบันทึกสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานใช้จดบันทึกการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ในบางครั้งผู้ป่วยลืมนำสมุดบันทึกมาพบแพทย์ และหากใช้นานไปสมุดอาจฉีดขาด ทำให้ข้อมูลสุขภาพหายได้ ดังนั้น การใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือจึงเป็นตัวช่วยในการบันทึกข้อมูลสุขภาพที่ทันสมัย ประหยัด ไม่ยุ่งยาก และเข้าถึงง่าย ข้อมูลสุขภาพที่บันทึกไว้ยังสามารถส่งตรงไปยังแพทย์ที่ทำการรักษาทำให้ลดระบบการให้บริการสุขภาพลง ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วย[12]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการศึกษารูปแบบการบรูณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และได้รูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ลดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในจังหวัดนครราชสีมา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

รูปแบบการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชัน

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยใช้มือถือผ่านเว็บ DM Application ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการ การวินิจฉัย แนวทางการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ให้ความรู้ เรื่องแหล่งข้อมูลสุขภาพ หลักการตรวจสอบข้อมูลและวิธีการสืบค้นข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต และวิธีการเข้าถึง DM Application พร้อมฝึกและสาธิตวิธีการเข้าใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ เพื่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ทันสมัยในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.2 เข้าใจข้อมูลสุขภาพ การบรรยาย การใช้สื่อรูปภาพ คลิปวิดีโอ อินโฟกราฟฟิก ร่วมกับการใช้สื่อเพลงรณรงค์ป้องกันโรคเบาหวาน แนวทางการรักษา การวินิจฉัยการป้องกันและการควบคุมโรคเบาหวาน และวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

- การสาธิตอาหารและแนะนำเมนูอาหาร รวมถึงในเรื่องของการคำนวณแคลอรี่และคาร์โบไฮเดรต และวิธีการดูแลในเรื่องของน้ำหนักตัวและการออกกำลังกาย
- การเรียนรู้ตาม Case Study โดยใช้เรื่องราวของผู้ป่วยเบาหวานและคลิปวิดีโอร่วมด้วย
- การแบ่งปันประสบการณ์โดยมีแบบอย่างที่เป็นผู้ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในเรื่องของการดูแลสุขภาพ

2.3 ประเมินข้อมูลสุขภาพ ติดตามความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประเมินจากการสังเกตและสอบถาม โดยการเยี่ยมบ้านมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักวิจัยให้คำแนะนำกระตุ้นเตือน เอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

2.4 การประยุกต์ใช้ข้อมูล การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพโดยสมุดบันทึกสุขภาพประจำวัน เพื่อเป็นการเตือนตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา และฝึกทบทวนการใช้เว็บ DM Application ในการใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ตัวแปรตาม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
- เข้าใจข้อมูลสุขภาพ
- ประเมินข้อมูลสุขภาพ
- การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
- การรับประทานอาหาร
- การออกกำลังกาย
- การจัดการความเครียด
- การใช้ยา

ผลลัพธ์การควบคุมโรค
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest–posttest design) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาวิจัยใกล้เคียงของจันสุดา สืบพันธ์[11] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 54.83 คะแนน (S.D. = 1.29) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 38.43 คะแนน (S.D. = 6.17) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนำมาใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม อิสระต่อกันของอรุณ จิรวัฒน์กุล[13] ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้กลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จากการติดตามร้อยละ 15 และปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างได้กลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน โดยพิจารณาเกณฑ์การคัดเข้าในการวิจัย ดังนี้

1. บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี อายุ 35-59 ปี
2. มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว (DTX) 130-180 mg/dL ภายในระยะเวลา 3 เดือน
3. มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 7-10 ภายใน 6 เดือน
4. มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนสามารถใช้งานอินเตอร์เน็ตได้
5. สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นพื้นที่ดำเนินการวิจัยโดยในจังหวัดมีผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในพื้นที่ ทั้งหมด 32 อำเภอ โดยแบ่งเป็นทั้งหมด 5 โซน ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลาก เลือกสุ่มจับมาได้ 2 โซน ได้แก่ โซน 1 และโซน 2 ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกอำเภอ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลาก สุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ได้อำเภอโนนไทย เป็นกลุ่มทดลอง และสุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ได้อำเภอสูงเนิน เป็นกลุ่มควบคุม ขั้นตอนที่ 3 สุ่มรพ.สต. ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลาก สุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ได้ รพ.สต.สายออ

เป็นกลุ่มทดลอง และสุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ได้ รพ.สต.โคกมะกอก เป็นกลุ่มควบคุม และขั้นตอนที่ 4 การจัดกลุ่มเข้าโดยวิธีสุ่ม (Random allocation) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าระดับตำบล ได้แก่ 1) มีหน่วยบริการสาธารณสุข 2) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (FBS> 130 mg/dl) 3) มีระยะทางห่างกันมากกว่า 20 กิโลเมตร 4) การปกปิดสองทาง (Double blind) โดยปกปิดผลการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พร้อมทั้งปกปิดเกี่ยวกับกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการบูรณาความรอบรู้สุขภาพและได้รับรูปแบบการดูแลแบบปกติ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มจะไม่แตกต่างกัน เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อลดอคติจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชันในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 6 สัปดาห์ รวม 12 กิจกรรม รายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

กิจกรรมที่ 1-2 สร้างสัมพันธภาพที่ดี ชี้แจงวัตถุประสงค์ของรูปแบบส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนเริ่มทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม มีการตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว และค่าความดันโลหิต ซึ่งในการตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดผู้วิจัยบันทึกในสมุดสุขภาพและตรวจโดยพยาบาลวิชาชีพ

กิจกรรมที่ 3 บรรยายให้ความรู้เรื่องแหล่งข้อมูลสุขภาพ หลักการตรวจสอบข้อมูลและวิธีการสืบค้นข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต และวิธีการเข้าถึงเว็บ DM Application พร้อมฝึกและสาธิตวิธีการเข้าใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ เพื่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ทันสมัยในการดูแลสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 ทักษะการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

กิจกรรมที่ 4-6 การบรรยาย การใช้สื่อรูปภาพ คลิปวิดีโอ อินโฟกราฟฟิก เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการ การวินิจฉัย แนวทางการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการความเครียด ผ่านการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้เว็บแอปพลิเคชัน DM Application ในการจัดกิจกรรมร่วมด้วย เพื่อสร้างความเข้าใจและสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้

สัปดาห์ที่ 3-5

กิจกรรมที่ 7-10 การแบ่งปันประสบการณ์โดยมีแบบอย่างที่เป็นผู้ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในเรื่องของการดูแล

สุขภาพซึ่งจะช่วยในเรื่องของการคิดไตร่ตรองในการจะใช้ข้อมูลสุขภาพ การให้ความรู้ด้วยการบรรยายเกี่ยวกับโภชนาการ อาหารแลกเปลี่ยน การคำนวณแคลอรี่ การนับคาร์โบไฮเดรต และมีการใช้เว็บแอปพลิเคชัน (DM Application) ร่วมด้วย การใช้สื่อเพลงที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน และทำกิจกรรมการขยับร่างกายเต้นแอโรบิคและการฝึกทำ SKT ในผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 6 ประเมินข้อมูลสุขภาพและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ

กิจกรรมที่ 11-12 ติดตามความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยเบาหวานและมีการแลกเปลี่ยนการตัดสินใจทางสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพโดยสมุดบันทึกสุขภาพ ฝึกทบทวนการใช้เว็บ DM Application ในการใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมที่รพ.สต.โคกมะกอก สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มควบคุมและขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม (Pre-test) หลังจากนั้นให้กลุ่มควบคุมได้รับการตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 6 ระยะประเมินผล ตอบแบบสอบถาม (Post-test) กลุ่มควบคุมได้รับการตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้เครื่องมือวัด Health Literacy EU Questionnaire (HLS-EU-Q47)[8] ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตาม Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ ง่ายมาก ง่าย ยาก ยากมาก และไม่เคยทำ โดยใช้สูตรคำนวณค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Index-HLI)

โดยใช้สูตร index = (mean-1) x $\frac{50}{3}$

โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าดัชนีแต่ละช่วงมีค่าตั้งแต่ 0-50 ดังนี้ [14] (0-25) หมายถึง ระดับไม่เพียงพอ (>25-33) หมายถึง ระดับเป็นปัญหา (>33-42) หมายถึง ระดับเพียงพอ (>42-50) หมายถึง ระดับดีเยี่ยม (>42-50)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 29 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประเมินค่า (rating scale) 4 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ [15] คือ 1.00–2.00 หมายถึง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

การปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ 2.01–3.00 หมายถึง การปฏิบัติระดับปานกลาง 3.01–4.00 หมายถึง การปฏิบัติระดับสูง

ส่วนที่ 4 เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดของ ACCU-CHEK Performa

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา นำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหา โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.92 และ 0.74 ตามลำดับ และการประเมินความสมบูรณ์เหมาะสมของเว็บ DM Application โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 ท่าน ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังและด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 4 ท่าน ประเมินเกี่ยวกับรูปแบบความเหมาะสมของแอปพลิเคชัน เมื่อได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ในส่วนของรูปแบบการลงข้อมูล ผู้วิจัยจึงปรับแอปพลิเคชันตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การจำนวน ค่าร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี เลขจริยธรรม 0051/2566 เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2566 ผู้วิจัยได้ยึดตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ เคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม

ผลการวิจัย

พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในจังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.70 มีอายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.80 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.80 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.10 มีอาชีพเกษตรกร

ร้อยละ 67.60 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 52.90 และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 47.10 เฉลี่ยระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 6.97 ปี และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.50 มีอายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 88.20 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.9 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.3 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.9 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 79.4 และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 6-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 55.90 เฉลี่ยระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 8.79 ปี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการเข้าร่วมรูปแบบฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้าน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean Difference	95% CI	t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.				
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	25.46	5.15	36.76	4.03	11.29	8.42 to 14.16	8.01	< 0.001
กลุ่มควบคุม	24.64	6.54	23.12	6.05	-1.53	-4.79 to 1.73	-0.95	0.347
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง								
กลุ่มทดลอง	2.03	0.49	2.53	0.17	0.50	0.34 to 0.64	6.62	< 0.001
กลุ่มควบคุม	2.07	0.51	1.97	0.55	-0.01	-0.25 to 0.07	-1.08	0.286
3. ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)								
กลุ่มทดลอง	148.41	10.91	128.29	10.77	20.12	16.88 to 23.35	12.64	< 0.001
กลุ่มควบคุม	148.88	10.16	148.58	10.11	0.29	-2.93 to 3.52	0.19	0.854

ก่อนและหลังการเข้าร่วมรูปแบบฯ ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ซึ่งค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 148.41 mg/dL และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 128.29 mg/dL

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) หลังการเข้าร่วมรูปแบบฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หลังได้รับรูปแบบฯ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Difference	95% CI	t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.				
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	36.76	4.04	23.12	6.05	13.64	11.15 to 16.12	10.94	< 0.001
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.53	0.17	1.96	0.55	0.55	0.42 to 0.73	7.67	< 0.001
3. ระดับน้ำตาลในเลือด(FBS)	128.29	10.77	148.58	10.11	-20.29	-25.35 to -15.24	-8.01	< 0.001

หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ซึ่งค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 128.29 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 148.58

สรุปผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมรูปแบบฯ ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

เนื่องจากรูปแบบความรอบด้านสุขภาพร่วมกับเว็บแอปพลิเคชันที่สร้างขึ้น เน้นการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการบูรณาการใช้เว็บแอปพลิเคชันโดยมีส่วนประกอบของแอปพลิเคชันทั้งการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและอาการแทรกซ้อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา สามารถบันทึกการรับประทานอาหาร ค่าระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การบันทึกการใช้ยา และสามารถพูดคุยแชทกับทีมสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้ ดังนั้น กลุ่มทดลองจึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลอง และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ต่ำกว่าก่อนการทดลองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาภรณ์ กล้ารบ และคณะ[16] ศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) นอกจากนี้การนำสื่อออนไลน์และโซเชียลมีเดียมาใช้ในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้โปรแกรมนี้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้ง่ายขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ Youfa Wang[10] พบว่า อุปกรณ์ทางสุขภาพเคลื่อนที่ (Mobile Health) เป็นตัวเลือกที่เป็นไปได้และมีศักยภาพในการปรับปรุงสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมได้รับรูปแบบการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ทักษะ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้ ร่วมกับเว็บแอปพลิเคชันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของกลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาภรณ์ กล้ารบ และคณะ[16] พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.01) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bushra A. & Eman A Alhalal [17] ศึกษาผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลดีต่อการจัดการการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคุณภาพชีวิตได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับการใช้เว็บ DM Application ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางสาธารณสุขและขยายไปยังพื้นที่บริการอื่นๆ เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ เข้าใจข้อมูลสุขภาพที่รับมา มีการประเมินตัดสินใจในการใช้ข้อมูล และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ดีขึ้น

2. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมรูปแบบของโปรแกรมการดูแลสุขภาพร่วมกับการใช้เว็บ DM Application ด้วยตัวเองภายในชุมชน เพื่อเพิ่มความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation Atlas. IDF Diabetes Atlas, 10th edition. Brussels: Belgium; 2021.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โลกเบาหวานของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/uploads
4. คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report
5. เบญจวรรณ บัวชุ่ม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่างิ้ว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2563; 16(3): 49-58.
6. Suksatan W., Prabsangob K., Choompunuch B. Association between Health Literacy, Selfcare Behavior, and Blood Sugar Level among Older Patients with Type 2 Diabetes in Rural Thai Communities. Annals of Geriatric Medicine and Research 2021; 25(4): 318-323.
7. Riddle, M. C., Gerstein, H. C., Holman, R. R., Inzucchi, S. E., Zinman, B., Zoungas, S., & Cefalu, W. T. A1C Targets Should Be Personalized to Maximize Benefits While Limiting Risks. Diabetes Care 2018; 41(6): 1121-1124.

8. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12(1): 1-13.
9. วรรณรัตน์ รัตนวรางค์, และวิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2564; 24(2): 34-51.
10. Wang Y., Min J., et al. (2020). Effectiveness of Mobile Health Interventions on Diabetes and Obesity Treatment and Management: Systematic Review of Systematic Reviews. JMIR Mhealth Uhealth 2020; 8(4): e15400.
11. จันสุดา สืบพันธ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2564; 14(1): 109-124.
12. Siripanuvong, S. App Launches Welding Doctor with Patient Real-time kidney disease treatment reduces costs. 2017. [Internet]. [cited 2017 Dec]. Available from: https://www.kku.ac.th/news/v.php?q= 0013780&l=th
13. อรุณ จิรวัฒน์กูล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2551.
14. Pelikan, J.M. The evolving concept of HLHCO, WHO-CC Health Promotion in Hospitals and Health Care at LBIHPR Vienna, Austria; 2014.
15. Best, J.W. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
16. รัตนาภรณ์ กล้ารบ, อรพินท์ สีขาว และชฎาภา ประเสริฐทรง. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(3): 274-283.
17. Bushra A. & Eman A Alhalal. Effects of health literacy on type 2 diabetic patients' glycemic control, self-management, and quality of life. Saudi Med J 2022; 43(5): 465-472.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ

EFFECTS OF USING LINE APPLICATION HEALTH MEDIA ON KNOWLEDGE AND BEHAVIOR IN PREVENTING OSTEOARTHRITIS OF THE ELDERLY

Received: October 04, 2024
Revised: December 12, 2024
Accepted: December 18, 2024

นฤมล จันทร์สุข[1], นันตพร ทองเต็ม[1*], อัศวเดช สละอวยพร[1]
Naruemon Jansook[1], Nuntabhorn Thongtem[1*], Atsawadej Salaauyporn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท จำนวน 46 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test และ Independent t-test กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) จากการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น จึงควรมีการส่งเสริมและนำไปใช้ต่อไป

คำสำคัญ: สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์, ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม, พฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม, ผู้สูงอายุ

[1] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health
*Corresponding author E-mail: Nuntabhorn2609@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare knowledge about osteoarthritis and osteoarthritis prevention behavior before and after using line application health media. The sample consisted of 46 elderly people in Wat Sing District. Chainat Province, who were randomly assigned to a control group and an experimental group, 23 people per group. Tools used include line application health media, assessment of knowledge about osteoarthritis and questionnaire on behavior to prevent osteoarthritis. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation, as well as inferential statistics including and paired t-test and independent t-test.

The results of the study found that The mean score of knowledge about osteoarthritis of the experimental group after the experiment was higher than before the experiment, and was significantly higher than the control group ($p\text{-value} < 0.001$), and after the experiment, the average score of osteoarthritis prevention behavior of the experimental group after the experiment was higher than before the experiment. and significantly higher than the control group ($p\text{- value} < 0.001$). This study demonstrated that line application health media is effective in increasing knowledge about osteoarthritis and improving the behavior of elderly people to prevent osteoarthritis. Therefore, it should be promoted and used further.

Keywords: Line application health media**,** Knowledge about osteoarthritis**,** Osteoarthritis prevention Behavior, Elderly

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ประมาณ 12.9 ล้านคน หรือร้อยละ 20 จากประชากรทั้งหมด และมีการคาดประมาณว่า ในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” โดยมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด[1] ผู้สูงอายุอยู่ในช่วงพัฒนาการของชีวิตแบบเสื่อมถอย[2] ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ คือ ความเปลี่ยนแปลงจากความเสื่อมสภาพของร่างกายในหลายๆ ด้าน ทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา ปัญหาหลักที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ คือ โรคข้อเข่าเสื่อม โดยประเทศไทยพบผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมถึงร้อยละ 50 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนับเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม หากไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม อาการของโรคจะดำเนินไปเรื่อยๆ อาจทำให้เจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เดินได้ไม่ปกติ ส่งผลให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ไม่สะดวก เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ[3] หากกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลและสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้เพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง สามารถลดความเสี่ยงหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้[4, 5]

จังหวัดชัยนาทเป็นจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 3 ประมาณ 78,893 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 ของประชากรทั้งหมดซึ่งได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และเป็นจังหวัดหนึ่งที่สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยปี 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 33.5, 38.4 และ 44.7 ตามลำดับ[6]

ในปัจจุบันการรับรู้ข่าวสารมีความสะดวก รวดเร็วและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น แอปพลิเคชันไลน์เป็นแอปพลิเคชันที่ได้รับความนิยมอย่างมาก เพราะเป็นแอปพลิเคชันที่มีฟังก์ชันที่หลากหลายสามารถใช้ได้ทั้งในรูปแบบการแชท การติดต่อสื่อสาร ส่งรูปภาพ วีดิทัศน์ ตลอดจนการส่งสติ๊กเกอร์ไลน์ที่บ่งบอกถึงความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ตอบโจทย์ของคนในสังคมปัจจุบันทุกเพศ ทุกวัยได้เป็นอย่างดี[7] ประกอบกับแอปพลิเคชันไลน์ทำงานบนโทรศัพท์มือถือที่ทุกคนใช้งาน จึงทำให้การส่งข่าวสารหรือแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีประสิทธิภาพเป็นอย่างมาก[8] และผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่า แอปพลิเคชันไลน์เหมาะสมกับกลุ่มของตน การสนทนาทางไลน์ ให้ความรู้สึกเสมือนกับพูดคุยในชีวิตจริง ผู้สูงอายุยอมรับไลน์จากการที่เห็นว่า มีประโยชน์ในการใช้งานทั้งทางด้านการให้เนื้อหาข่าวสารที่มีประโยชน์ รวดเร็ว และใช้งานง่ายในชีวิตประจำวัน[9]

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อใช้เป็นสื่อสุขภาพในการให้ความรู้ กระตุ้นเตือนผู้สูงอายุให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่ม

มากขึ้น รวมทั้งเป็นข้อมูลในการกำหนดกิจกรรมที่จะป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมให้กับผู้สูงอายุ อันเป็นการเพิ่มสมรรถภาพทางกายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในเขตอำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 5,598 คน[6] ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) = 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงบวกเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 จากที่คำนวณได้ ดังนั้น จึงมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ได้แก่ 1) สุ่มตำบลจาก 6 ตำบล ของอำเภอวัดสิงห์ สุ่มได้ 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลมะขามเฒ่า และตำบลหนองบัว 2) สุ่มหมู่บ้านจาก 2 ตำบล ได้หมู่ที่ 7 ตำบลมะขามเฒ่า เป็นกลุ่มทดลองและหมู่ที่ 3 ตำบลหนองบัว เป็นกลุ่มควบคุม โดยทั้ง 2 หมู่บ้านมีลักษณะทางภูมิศาสตร์และการดำเนินชีวิตของประชาชนที่มีความใกล้เคียงกัน จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนกลุ่มละ 23 คนโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีโทรศัพท์มือถือที่มีแอปพลิเคชันไลน์
3. สามารถสื่อสารพูดคุยได้รู้เรื่อง
4. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีปัญหาสุขภาพ เช่น เจ็บป่วยร้ายแรงในระยะที่ควบคุมไม่ได้

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (discontinuation criteria)

ไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยตลอดช่วงของการวิจัย

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลทั่วไปได้แก่ ในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และดัชนีมวลกาย ใกล้เคียงกันและเมื่อทดสอบด้วยไค-สแควร์ พบว่า ทุกตัวแปรของข้อมูลทั่วไป ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย รูปการ์ตูนเคลื่อนไหวพร้อมข้อความในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และดัชนีมวลกาย มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้ใส่คำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 15 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้ตอบได้เพียงคำตอบเดียว ที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบมากที่สุด คือ ใช่ และไม่ใช่

เกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของบัวรัตน์ ศรีนิล[10]

ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน

ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom[11] โดยมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 12-15	หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีมาก
คะแนน 9-11	หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า 9	หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมน้ำหนัก จำนวน 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 5 ข้อ รวม

ทั้งสิ้น 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณเมินค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของบัวรัตน์ ศรีนิล[10] ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	3 คะแนน

การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Best[12] ดังนี้

คะแนน 46.68-60.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับสูง

คะแนน 33.34-46.67 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อม ในระดับปานกลาง

คะแนน 20.00-33.33 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน พิจารณา และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.93, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

2. นำแบบสอบถามไปกับทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แต่มีสิ่งแวดล้อมและคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมในอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมนำไปหาความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.87 ค่าความยากง่ายอยู่ในช่วง 0.3-0.7 ค่าอำนาจจำแนก 0.2-0.4 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อม หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ หลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาทแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการจัดกิจกรรมและการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม

2. ขั้นทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ข้อมูลทั่วไปพร้อมทั้งทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

โดยกลุ่มทดลองจะได้รับสื่อสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทุกวัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยส่งการ์ตูนเคลื่อนไหวพร้อมข้อความ เรื่อง สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง และวิธีการปฏิบัติตัวการป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม วันละ 2 ครั้งๆ ละ 10-15 นาที เวลาเช้าและเย็น

สัปดาห์ที่ 2-8 ส่งท่ากายบริหารเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าเป็นรูปภาพพร้อมข้อความเสียงให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติ เน้นย้ำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างต่อเนื่อง และส่งข้อความกำกับติดตาม สนับสนุน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ในกลุ่มไลน์ เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้คำปรึกษาชี้แนะเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นรายบุคคลทางไลน์ คนละ 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 และ 8 ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที

ส่วนกลุ่มควบคุมจะดำเนินชีวิตตามปกติซึ่งจะดำเนินการทดลองทั้ง 2 กลุ่มพร้อมกัน

3. ขั้นหลังการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์

3. จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มและทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท หมายเลข BCNC-IRB 026/2566 วันที่รับรอง 28 ตุลาคม พ.ศ. 2566 วันหมดอายุ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.87 มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ร้อยละ 73.91 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.57 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.57 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.91 รายได้ต่อเดือน 5,000-7,500 บาท ร้อยละ 65.22 และดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัวปกติ ร้อยละ 69.57

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.91 มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ร้อยละ 69.57 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.26 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.91 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.91รายได้ต่อเดือน 5,000-7,500 บาท ร้อยละ 69.57 และดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัวปกติ ร้อยละ 65.22

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ 4.42 คะแนน (95%CI = 0.47-2.11, p-value = 0.000) และหลังจากได้รับรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม 4.26 คะแนน (95%CI = 0.66-2.14, p-value= 0.000) ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ (n = 23)

ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม	Mean	S.D.	Mean difference	95%CI		t	p-value
				Lower	Upper		
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	9.09	0.46	4.42	0.47	2.11	11.03	<0.001*
หลังการทดลอง	13.51	0.41					
กลุ่มควบคุม							
ก่อนการทดลอง	9.11	0.47	0.14	1.69	2.20	2.11	1.97
หลังการทดลอง	9.25	0.43					

ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม	Mean	S.D.	Mean difference	95%CI		t	p-value
				Lower	Upper		
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	9.09	0.46	0.02	1.22	1.64	1.73	1.09
กลุ่มควบคุม	9.11	0.47					
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	13.51	0.41	4.26	0.66	2.14	9.96	<0.001*
กลุ่มควบคุม	9.25	0.43					

* p-value < 0.05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อม สูงกว่าก่อนได้รับสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ 9.12 คะแนน (95%CI = 0.98-2.06, p-value = 0.000) และหลังจากได้รับสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม 6.60 คะแนน (95%CI = 1.01-2.23, p-value = 0.000) ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ (n = 23)

พฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อม	Mean	S.D.	Mean difference	95%CI		t	p-value
				Lower	Upper		
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	20.76	2.55	9.12	0.98	2.06	8.84	<0.001*
หลังการทดลอง	29.88	2.30					
กลุ่มควบคุม							
ก่อนการทดลอง	21.48	2.45	1.80	1.01	1.96	2.63	0.83
หลังการทดลอง	23.28	2.20					
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	20.76	2.55	0.72	0.88	1.88	2.49	0.80
กลุ่มควบคุม	21.48	2.45					

พฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อม	Mean	S.D.	Mean difference	95%CI		t	p-value
				Lower	Upper		
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	29.88	2.30	6.60	1.01	2.23	9.68	<0.001*
กลุ่มควบคุม	23.28	2.20					

* p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

การใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้และการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมทุกวัน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ในกลุ่มไลน์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ก่อให้เกิดการพัฒนาความคิด ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัว ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและพฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 4.42 คะแนน (95%CI = 0.47-2.11, p-value = 0.000) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม 4.26 คะแนน (95%CI = 0.66-2.14, p-value = 0.000) อธิบายได้ว่า สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับโลกยุคดิจิทัล เนื่องจากเป็นการสื่อสารที่ทันสมัยและเป็นที่นิยมมากที่สุดในประเทศไทย จึงเป็นรูปแบบที่เหมะสมในการสื่อสารกับผู้รับบริการในยุคปัจจุบันเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งแอปพลิเคชันไลน์ สามารถส่งรูปแบบสารได้หลากหลาย โดยผู้ส่งสารสามารถเลือกสารให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารได้[7] ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายทุกคนสามารถเข้าถึงได้สะดวก ผ่านโทรศัพท์มือถือของตนเอง และยังสามารถทบทวนความรู้ซ้ำได้ตลอด ข้อความที่ส่งผ่านไลน์ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ รูปภาพชัดเจน สีสันสวยงาม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกิติยาพร สังฆศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรมศรี และนิรันดร ผานิจ[13] พบว่า การให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นวิธีการส่งเสริมความรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจมากขึ้น จากสื่อที่ใช้รูปภาพประกอบชัดเจน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของศุภฤทธิ์ เฮงคราวิทย์[4] พบว่า

ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคข้อข่าเสื่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น

2. หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 9.12 คะแนน (95%CI = 0.98-2.06, p-value = 0.000) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม 6.60 คะแนน (95%CI = 1.01-2.23, p-value = 0.000) ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า การใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ที่ประกอบด้วย รูปการ์ตูนเคลื่อนไหวพร้อมข้อความกระตุ้นย้ำเตือนในการป้องกันข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นการสื่อสาร 2 ทาง โดยผู้วิจัยส่งรูปการ์ตูนเคลื่อนไหวพร้อมข้อความไปให้ผู้สูงอายุทางไลน์ ผู้สูงอายุมีการตอบกลับโดยส่งสติ๊กเกอร์ แสดงว่า ได้รับแล้วและจะปฏิบัติตาม หลังจากนั้น ผู้วิจัยส่งการ์ตูนแสดงความชื่นชม ซึ่งจะเห็นได้ว่า การสื่อสารผ่านไลน์เป็นการสื่อสารโดยตรงจากผู้วิจัยไปยังผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม[14] เป็นการสื่อสารที่ตรงวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับคำกล่าวของชลดา กิ่งมาลา, เอื้อจิต สุขพูล, ภาวิณี แพงสุข และวัชรีวงค์ หวังมั่น[15] ที่ว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ในสิ่งที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ นำไปสู่กระบวนการคิดหาวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งการที่บุคคลรับรู้ว่ามีผู้ให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง จะทำให้บุคคลเกิดความตั้งใจที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบกับผู้สูงอายุได้รับข้อความและรูปการ์ตูนเคลื่อนไหวในการกระตุ้นและย้ำเตือนให้มีการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ทำให้ผู้สูงอายุเห็นถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่เหมาะสม ส่งผลให้หลังจากที่ผู้สูงอายุได้รับสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของศุภฤทธิ์ เฮงคราวิทย์[4] พบว่า ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมสูงขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตราภรณ์ ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ และ พาจนา ดวงจันท์[16] พบว่า การใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ เป็นสื่อที่ช่วยกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการส่งเสริมและคงไว้ในการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดอัตราการเกิดข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

2. ควรมีการประชาสัมพันธ์การใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ รวมทั้งจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าถึง เข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

3. ควรมีการติดตามผลระยะยาวในการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย. อนาคตของผู้สูงอายุไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ15 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=155
2. พงศ์สุรางค์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12: 182-191.
3. ปรัชญ์ พิพัฒน์วัฒนา. โรคข้อเสื่อมปัญหาหลักในผู้สูงอายุ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.princsuvarnabhumi.com/articles/content-Osteoarthritis
4. ศุภฤทธิ์ เฮงคราวิทย์. การป้องกันและชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุวัยต้นในจังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560; 26: 105-110.
5. จิตราภรณ์ โพธิ์อุ่น, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอรพินท์ สีขาว. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13: 393-403.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. สถิติผู้สูงอายุ. ชัยนาท: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท; 2566.
7. ขวัญฤดี ฮวดหุ่น. อิทธิพลของแอพพลิเคชั่นไลน์ในการสื่อสารยุคปัจจุบัน. วารสารศิลปการจัดการ 2560; 1: 75-88.
8. ถนอม กองใจ และอริยา ทาทอง. การพัฒนาระบบแจ้งเตือนกิจกรรมและการนัดหมายอัตโนมัติผ่านแอปพลิเคชันไลน์. วารสาร Mahidol R2R e-Journal 2565; 9: 32-45.
9. จีระศักดิ์ จันดี, สมพิศ ซอกลม, อดุลย์ศักดิ์ ศรีละโคตร, สนุก สิงห์มาตร และพิทักษ์ แสนจันทร์. การศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อแอพพลิเคชันไลน์ของผู้สูงอายุบ้านกุดไกรสร ตำบลหนองหมี อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการรัตนบุศย์ 2566; 5: 271-282.

10. บัวรัตน์ ศรีนิล. เอกสารประกอบการเรียน การออกแบบวิจัยธุรกิจ การเก็บรวบรวมข้อมูล การออกแบบสอบถาม และการเลือกตัวอย่าง. เชียงใหม่: คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
11. Bloom BSJ. Taxonomy of Education Objective, Hand Book 1: Congnitive Domain. New York: David Mokey; 1971.
12. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
13. กิติยาพร สังฆศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรมศรี, นิรันดร ผานิจ. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคาท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565; 16: 623-641.
14. LINE Corporation. LINE for business [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://lineforbusiness.com/th/service/line-oa-features
15. ชลดา กิ่งมาลา, เอื้อจิต สุขพูล, ภาวิณี แพงสุข,วัชรีวงค์ หวังมั่น. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ฝนวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2562; 27: 156-165.
16. สุจิตราภรณ์ ทับครอง ,เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ, พาจนา ดวงจันท์. ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอฟพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2561; 19: 78-87

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังของนักศึกษาชั้นปีที่ 1

THE RELATIONSHIP BETWEEN MOTIVATION AND PREVENTIVE BEHAVIOR OF COVID-19 UNDER SUIVEILLANCE AMONG THE FIRST-YEAR STUDENT

Received: October 02, 2024
Revised: December 18, 2024
Accepted: December 23, 2024

แก้วใจ มาลีลัย[1*], กิตติยาภรณ์ ภูแป้ง[2]
Kaewjai Maleelai[1*], Kittiyaporn Phoopeang[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2565 จำนวน 157 คน เก็บข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ระหว่างวันที่ 24-31 ตุลาคม 2565 สถิติที่ใช้ในการศึกษา คือ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมานที่ใช้หาความสัมพันธ์ คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.32 อายุเฉลี่ย 19.00 ปี เรียนสาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม ร้อยละ 29.94 ไม่เคยป่วยติดเชื้อโรค COVID-19 ร้อยละ 57.96 แรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.08, S.D. = 0.81) และพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.36, S.D. = 0.78) แรงจูงใจในการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันโรค (r = 0.370) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (r = 0.557) และความคาดหวังในการป้องกันโรค (r = 0.715) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value = 0.05

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, พฤติกรรมการป้องกัน, โรคโควิด-19, นักศึกษา

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute
[2] โรงพยาบาลเฝ้าไร่ อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย
Faorai Hospital, Faorai District, Nong Khai Province
*Corresponding author E-mail: kaewjai@scphub.ac.th

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567
Research and Development Health System Journal
Vol.17 No.3 Sep - Dec 2024

Abstract

This cross-sectional study aimed to explore the correlation between motivation and COVID-19 preventive behaviors among first-year students at Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani. A self-administered online questionnaire was distributed to 157 students during 24-31 October 2022. This study employed the following statistics: 1) descriptive statistics, such as frequency, percentage, mean, and standard deviation; 2) inferential statistics, such as Pearson correlation coefficient, which were used to identify associations. Results indicated that the majority of students were female (57.32%), with an average age of 19 years. Most students (57.96%) had never infected COVID-19 and exhibited high levels of both motivation ($\overline{X}$ = 4.08, S.D. = 0.81) and preventive behaviors ($\overline{X}$ = 4.36, S.D. = 0.78). Awareness of illness severity (r = 0.370), risk of infection perception (r = 0.557), and expectations for disease prevention (r=0.715) were significantly correlated with COVID-19 preventive behaviors (p-value < 0.05). Students have high levels of disease prevention behavior and motivation. It is an indicator of a decreasing trend of COVID-19 infections in educational institutions.

Keywords: motivation**,** preventive behavior, COVID-19, students

บทนำ

โรค COVID-19 มีสาเหตุจากเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2 (SARS-CoV-2) ติดต่อผ่านทางเดินหายใจ[1] และสามารถติดต่อจากคนสู่คนได้โดยผ่านละอองฝอยหรือการสัมผัส[2] การป้องกันการแพร่เชื้อทำได้ด้วยการสวมหน้ากากอนามัยรวมทั้งการใช้หน้ากากอนามัยในที่สาธารณะและการเว้นระยะห่าง[3-4] วันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรค COVID-19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ[5] ซึ่งโรค COVID-19 ได้แพร่ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลกมากกว่า 200 ประเทศ[6] วันที่ 1 มีนาคม 2563 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ลำดับที่ 14 ลักษณะของโรคในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต[7] จากนั้นวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศการระบาดของโรค COVID-19 เป็นโรคระบาดทั่วโลก (Pandemic)[8] การระบาดยังคงระบาดอย่างต่อเนื่องซึ่งส่งผลต่อสถาบันการศึกษาทั่วโลกหลายสถาบัน รายงานนักศึกษาจำนวน 30,383 คน จาก 62 ประเทศ เปลี่ยนรูปแบบการเรียนเป็นแบบออนไลน์ และมีพฤติกรรมสุขอนามัย คือ การสวมหน้ากากอนามัยและการล้างมือ[9] ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 นักศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีมีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะผู้คน[10] นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและมีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ระดับมาก[11] ในปี 2564 เริ่มมีการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อและลดความรุนแรงของโรค COVID-19 [12] ปี 2565 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตลดลง การแพร่ระบาดและความรุนแรงของโรคทั้งในและนอกประเทศมีแนวโน้มลดลง ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคในระดับความครอบคลุมสูง ดังนั้น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศยกเลิกให้โรค COVID-19 ลดระดับความรุนแรงจากโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง อาการของผู้ติดเชื้อไม่รุนแรง มีเพียงอาการคล้ายหวัด สามารถรักษาให้หายเองได้ นอกจากบางรายที่ยังมีอาการที่รุนแรงต้องได้รับการรักษาและได้รับยาจากโรงพยาบาล[13] ซึ่งรายงานสถานการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 ในประเทศไทยวันที่ 1 ตุลาคม 2565 จำนวนผู้ป่วยสะสม 2,458,697 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่รักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 823 คน[14]

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตทั้งระดับปริญญาตรีและระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ปีการศึกษา 2565 จัดการเรียนการสอนแบบชั้นเรียนปกติ (Onsite) เนื่องจากสถานการณ์ผู้ป่วยโรค COVID-19 มีจำนวนลดลง อีกทั้งบุคลากรทางการศึกษาและนักศึกษาส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบตามกำหนด นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ได้รับการฉีดวัคซีนโรค COVID-19 ทุกคน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาวิจัยโดยนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Roger[15] มาใช้ในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม

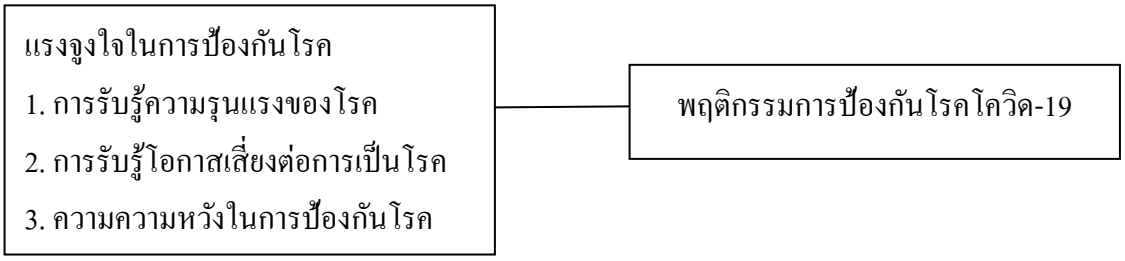
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ทฤษฎีนี้ใช้อธิบายสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม คือ โรค COVID-19 รวมทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคภายหลังสถานการณ์ระบาด รวมทั้งความคาดหวังในการป้องกันตนเอง เพื่อไม่ให้ป่วยติดเชื้อ ผลของการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของนักศึกษา หากนักศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันโรคและมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ดี ล้วนเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงแนวโน้มการติดเชื้อโรค COVID-19 ในสถานศึกษาลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ภายใต้สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers[15] ในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived probability) และความคาดหวังในการป้องกันโรค (Response efficacy) กรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) เก็บข้อมูลวิจัยระหว่างวันที่ 24-31 เดือนตุลาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2565 จำนวนทั้งหมด 189 คน คำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี่มอร์แกน[16] ดังนี้

$$n = \frac{x^2 Np(1-p)}{e^2(N-1)+X^2 p(1-p)}$$ เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N = ขนาดของประชากร e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (e = 0.05, 5%) x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (x^2 = 3.841) และ p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p-value = 0.5)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2565 ที่ลงทะเบียนเรียนภาคเรียนปกติทุกสาขาวิชา ได้แก่ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาวิชาทันตสาธารณสุข หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม และสาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 127 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง โดยการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยสูตร $n_{adj} = \frac{n}{1-R}$ เมื่อ n_{adj} แทน ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว n แทน ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณตัวอย่าง และ R แทน สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม (ร้อยละ 10 คือ 0.1) ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 157 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตามค่าสัดส่วนที่คำนวณได้จากขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสาขาวิชา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สาขา ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ประวัติการป่วยติดเชื้อโรค COVID-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของ Rogers[15] ประกอบด้วย คำถาม 3 ตอน ลักษณะคำถามใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) ดังนี้

ตอนที่ 2.1 แบบสอบถามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 หมายถึง เห็นด้วย 3 หมายถึง เฉยๆไม่แน่ใจ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์แบ่งตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best[17] คือ ค่าความกว้างอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้นอันตรภาคชั้นมีค่าเท่ากับ 1.33 มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง มีแรงจูงใจในการ

ป้องกันโรค ระดับต่ำ คะแนน 2.34-3.66 หมายถึง มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับปานกลาง และคะแนน 3.67-5.00 หมายถึง มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับสูง

ตอนที่ 2.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 จำนวน 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 หมายถึง เห็นด้วย 3 หมายถึง เฉยๆไม่แน่ใจ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์แบ่งตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best[17] คือ ค่าความกว้างอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้นอันตรภาคชั้นมีค่าเท่ากับ 1.33 มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับต่ำ คะแนน 2.34-3.66 หมายถึง มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับปานกลาง และคะแนน 3.67-5.00 หมายถึง มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับสูง

ตอนที่ 2.3 แบบสอบถามความคาดหวังในการป้องกันโรค จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 หมายถึง เห็นด้วย 3 หมายถึง เฉยๆไม่แน่ใจ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์แบ่งตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best[17] คือ ค่าความกว้างอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้น อันตรภาคชั้นมีค่าเท่ากับ 1.33 มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับต่ำ คะแนน 2.34-3.66 หมายถึง มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับปานกลาง และคะแนน 3.67-5.00 หมายถึง มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 13 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้เทคนิคสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วัน/สัปดาห์) 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3-4 วัน/สัปดาห์) 2 หมายถึง นานๆจะปฏิบัติ (1-2 วัน/สัปดาห์) และ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์แบ่งตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Best[17] คือ ค่าความกว้างอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนั้น อันตรภาคชั้นมีค่าเท่ากับ 1.33 มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับต่ำ คะแนน 2.34-3.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปานกลาง และคะแนน 33.67-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยต่อผู้อำนวยการวิทยาลัย หลังจากนั้นขอเข้าพบชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยกับอาสาสมัครวิจัย อธิบายขั้นตอนและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัยได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย นัดวันเวลาในการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์

กระบวนการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจของ Roger เพื่อพัฒนาเครื่องมือให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ และทดลองใช้เครื่องมือก่อนเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ค่า IOC ระหว่าง 0.70-1.00 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับอาสาสมัครที่มีบริบทและคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีเท่ากับ 0.98 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การแปลผล ดังนี้ ค่า r = 0.00-0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก ค่า r= 0.31-0.50 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ค่า r = 0.51-0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ค่า r = 0.71-0.90 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง และ ค่า r = 0.91-1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB S017/2565 รับรองวันที่ 27 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 26 กันยายน 2566 อาสาสมัครวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีข้อแม้ ไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นจากการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลจากการวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับและทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.32 อายุเฉลี่ย 19.00 ปี ส่วนใหญ่เรียนสาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม ร้อยละ 29.94 รองลงมาเรียนสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 25.48 สาขาวิชา ทันตสาธารณสุข ร้อยละ 24.20 และเรียนสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 20.38 ตามลำดับ มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 7,470.70 บาท และส่วนใหญ่ไม่เคยติดเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 57.96

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่มีความคาดหวังในการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.62 รองลงมา คือ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.08 และมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.98 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 รายด้าน (n = 157)

ระดับของแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงของโรค		
สูง (คะแนน 3.67-5.00)	124	78.98
ปานกลาง (คะแนน 2.34-3.66)	28	17.84
ต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)	5	3.18
$\overline{X}$ = 4.06, S.D. = 0.93, min = 1, max = 5		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค		
สูง (คะแนน 3.67-5.00)	132	84.08
ปานกลาง (คะแนน 2.34-3.66)	23	14.65
ต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)	2	1.27
$\overline{X}$ = 4.26, S.D. = 0.65, min = 1, max = 5		
ความคาดหวังในการป้องกันโรค		
สูง (คะแนน 3.67-5.00)	136	86.62
ปานกลาง (คะแนน 2.34-3.66)	18	11.46
ต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)	3	1.92
$\overline{X}$ = 4.11, S.D. = 0.80, min = 1, max = 5		

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.17 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.55 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.27 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 (n = 157)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19	จำนวน	ร้อยละ
สูง (คะแนน 3.67-5.00)	140	89.17
ปานกลาง (คะแนน 2.34-3.66)	15	9.55
ต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)	2	1.28
$\bar{X}$ = 4.36, S.D. = 0.63, Min = 1, Max = 5		

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกัน โรค COVID-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r = 0.366) กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับปานกลาง (r = 0.550) กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) และความคาดหวังในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับปานกลาง (r = 0.707) กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 (n = 157)

แรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19	พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19	
	r	**p-value**
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.370	< 0.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค	0.557	< 0.001*
ความคาดหวังในการป้องกันโรค	0.715	< 0.001*

*p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่ มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับสูง หากพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ระดับสูงและความคาดหวังในการป้องกันโรคระดับสูง เช่นกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับสูง แรงจูงใจในการป้องกันโรคทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและความคาดหวังในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value = 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 ระดับสูง โดยมีความคาดหวังในการป้องกันโรค มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงเช่นกัน รวมทั้งส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า นักศึกษายังคงตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ติดเชื้อ COVID-19 ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการติดเชื้อโรค COVID-19 จะมีอาการที่ไม่รุนแรง เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงจากโรค COVID-19 แต่หากนักศึกษาติดเชื้อโรค COVID-19 จะส่งผลให้ต้องเจ็บป่วยกระทบต่อการเรียนจนต้องหยุดเรียน และอาจจะพบมีภาวะลองโควิด (Long COVID) หลังจากหายป่วย ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของนักศึกษาระยะยาวได้ ถึงแม้การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคของนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เนื่องจากช่วงที่เก็บข้อมูล คือ ช่วงปลายเดือนตุลาคม 2565 เป็นช่วงที่โรค COVID-19 มีสถานการณ์การระบาดลดลงซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรค COVID-19 ลดระดับความรุนแรงจากโรคติดต่ออันตรายร้ายแรงเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไปนั้น ส่งผลให้การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคของนักศึกษามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกัน โรค COVID-19 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความคาดหวังในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ไปในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เนื่องจากโรค COVID-19 มีการแพร่ระบาดมานานทำให้นักศึกษาเกิดความเคยชิน ซึ่งบางคนเคยป่วยติดเชื้อโรค COVID-19 มาแล้ว ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันตนเองลดลง ส่วนนักศึกษาที่ยังไม่เคยป่วยติดเชื้อโรค COVID-19 ยังคงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การสวมหน้ากากอนามัย หรือการล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล ตามจุดต่างๆ ที่ทางวิทยาลัยจัดเตรียมไว้ ประเด็นข้อคำถามรายข้อที่นักศึกษาเห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค คือ ผู้ที่หายป่วยจากโรค COVID-19 มีโอกาสป่วยติดเชื้อซ้ำได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค

COVID-19 ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับสูงต่อการป้องกันโรค COVID-19 ส่วนประเด็นข้อคำถามรายข้อที่นักศึกษาเห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค คือ การสวมหน้ากากอนามัย ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อโรค COVID-19 ซึ่งสอดคล้องกับมาตราการของทางวิทยาลัย ที่คอยเฝ้าระวังการแพร่ของเชื้อโรค COVID-19 ในสถานศึกษา โดยทั้งบุคลากรและนักศึกษายังคงสวมหน้ากากอนามัย ในกิจกรรมที่มีการรวมตัวกันของคนจำนวนมาก ส่วนประเด็นข้อคำถามรายข้อที่นักศึกษาเห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับความคาดหวังในการป้องกันโรค คือ การเว้นระยะห่าง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค COVID-19 ซึ่งสอดคล้องกับมาตราการของทางวิทยาลัยที่ยังคงมีมาตราการการเว้นระยะห่าง พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ที่นักศึกษาปฏิบัติเป็นประจำ คือ เปลี่ยนหน้ากากอนามัยใหม่ทุกครั้งเมื่ออันที่ใช้อยู่เปียกชื้นหรือสกปรก ซึ่งเป็นการลดการปนเปื้อนของเชื้อโรค และลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อเมื่อหน้ากากอนามัยที่ใช้อยู่สกปรกหรือเปียกชื้น ดังนั้น จะเห็นได้ว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ดีในการป้องกันโรค COVID-19 การสวมหน้ากากนามัยเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติพื้นฐานที่ดีในการป้องกันโรค ถึงแม้สถานการณ์ความรุนแรงของโรคจะลดระดับลงเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยก่อนหน้าที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงมากกว่าร้อยละ 70 และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงมากกว่าร้อยละ 80 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงมากกว่าร้อยละ 90[18] การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 อยู่ในระดับดี[19] นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ระดับดีมาก[20] นอกจากนี้ งานวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาในประชาชน จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง[21]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ถึงแม้ผลการวิจัยจะพบว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของอยู่ในระดับสูง แต่การส่งเสริมให้นักศึกษาตระหนักถึงการมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่เชื้อโรค COVID-19 ในสถานศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจเครื่องมือการวิจัย และขอขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่ในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. [cited 2023 May 22]. Available from: https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19
2. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. J Chin Med Assoc 2020; 83(3): 217-220.
3. Feng S, Shen C, Xia N, Song W, Fan M, Cowling BJ. Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. Lancet Respir Med 2020; 8: 434-36.
4. Courtemanche C, Garuccio J, Le A, Pinkston J, Yelowitz A. Strong social distancing measures in The United States reduced the COVID-19 growth rate. Health Aff (Millwood). 2020; 39(7): 1237-1246. doi: 10.1377/hlthaff.2020.00608
5. Emergency Operations Center, Department of Disease Control (EOC DDC). Report of the situation of Coronavirus (COVID-19) [Internet]. [cited 2020 Sep 3]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/10320 200330051606.PDF
6. Sharma A, Ahmad Farouk I, Lal SK. COVID-19: A review on the novel coronavirus disease evolution, transmission, detection, control and prevention. Viruses. 2021; 13(2): 202.
7. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. (2563, 29 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 48 ง. หน้า 1.
8. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. Acta Biomed 2020; 91(1): 157-160. doi:10.23750/abm.v91i1.9397.
9. Aristovnik, A., KeržiČ, D., Ravšelj, D., TomaževiČ, N., & Umek, L. Impacts of the COVID-19 pandemic on life of higher education students: A global perspective. Sustainability 2020; 12(20): 8438.
10. White, M.S., Omer, M, Mohammad, G.N. Knowledge, attitude and practice on prevention of airborne and droplet infections during the outbreak of corona virus among the College students in University of Bisha, Saudi Arabia. Int J Curr Res. 2020; 11: 20773-76.

11. ฮูดา แวหะยี. การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (โควิด19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 6(4): 158-168.
12. World Health Organization. (2022). Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers on vaccine. [Internet]. [cited 2023 Oct 2] . Available from: https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19/q-a-on-covid-19-vaccines
13. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565. (2565, 20 กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 223 ง . หน้า 2.
14. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัพเดตรายวัน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://public.tableau.com/views/SATCOVIDDashboard/1-dash-tiles?:showVizHome=no
15. Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. J Psychol: Interdiscip Appl. 1975; 91(1): 93-114. https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803
16. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30: 607-610.
17. Best, J. W., & Kahn, J. V. (1989). Research in education (6thEdition). Englewoods Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
18. ศศินา สิมพงษ์, ศิริกาญน์ อุปสิทธิ์, ศิริพร นครลา และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2564; 10(2): 148-158.
19. บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564; 15(37): 179-195.
20. จิรายุ ปัทมะ และวิรยา บุญรินทร์. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด19 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ. 2566; 12(3): 14-23.
21. ภิษณี วิจันทึก และธีระพงษ์ พรมจันทร์. แรงจูงใจในการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร 2565; 37(3): 244-253.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลี่ยงเมืองทุ่งมน 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