

Volume 18 No.1 January - April 2025
ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน 2568

R&D Health
System Journal 

วารสาร

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ Research and Development Health System Journal



THAIJO



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

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

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 18 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน 2568 มีบทความที่คัดเลือกมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย นิพนธ์ต้นฉบับ ครอบคลุมทั้งสาขาการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาลชุมชน การมีส่วนร่วม ซึ่งหลากหลายสาขาวิชาชีพมากขึ้น ซึ่งฉบับนี้มีบทความเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โรคที่เกิดจากพฤติกรรม ที่เมื่อวิเคราะห์จุดอ่อนของงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ จะพบว่า งานส่วนใหญ่ถูกมองว่า เป็นบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงหรือองค์กรอื่นๆ ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งๆ ที่ควรเป็นงานของทุกคนในการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องในแต่ละหน่วยงาน งานสร้างเสริมสุขภาพควรมุ่งไปที่ทุกๆ ครอบครั้ว ในทุกชุมชนซึ่งก็หมายถึงความจำเป็นที่จะต้องทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานเน้นหนักของทุกๆ จังหวัด ให้ประชาชนมุ่งไปสู่การมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพและมีความสุขเป็นอยู่ที่ดี

จึงขวนคิดต่อว่า ประเทศไทยจะมุ่งไปสู่ทิศทางตามกฎบัตรอตตาวา กฎบัตรกรุงเทพฯ และคำประกาศในระดับนานาชาติอย่างไร จากต้นทุนงานวิชาการ

ทั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น และจะยินดีอย่างยิ่ง หากสามารถนำผลงานวิชาการขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ได้ ทั้งนี้ พร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

ดร.สุภัทรา สามัง

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งในประเทศ และระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

ที่ปรึกษาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)
นพ.ทวีรัชต์ ศรีกุลวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ. (พิเศษ) นพ.สุรเชษฐ์ ภูถาวรรม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.วรวิทย์ เจริญพร	โรงพยาบาลนวมิน จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. สม นาสอ้าน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
------------------	-----------------------------------

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ธงชัย ปัญญรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
--------------------	-----------------------------------

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เดิควิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
ผศ.ดร.จาวรธรรม ก้าวหน้าไกล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สุพิศรา บัวทิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. จิดาภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.ชนกพร ศรีประสาร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ปิยธิดา ภูริบุญรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ไพบูรณ์ เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร.อุ๋นใจ เครือสถิตย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลกาทร ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี
ดร.สุพิศรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อุดกกลิ่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ทพญ.วารีย์ สุกครุฑุทธิ์	โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร.วรินทร์มาศ เกษทองมา	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.วรกร วิชัยโย	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ฉัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนีดล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภญ.อรนิฎา ชารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายศิริศักดิ์ คลพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายวรัญญู สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางกฤษณา เพ็ชรภายลุน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางฉัฐรินทร์ย์ พิมพะสอน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางนภาพรรณ อารมย์ดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ออกแบบปก

นายทัศน์เทพ คลโสภณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
--------------------	-----------------------------------

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

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

บทความวิจัยฉบับนี้ ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) และการตีพิมพ์บทความนี้จะต้องได้รับการอนุญาตจากกองบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญประเมินบทความ

รศ.ดร.พรรณี บุญชรหัตถกิจ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ดร.ทัฬหพร ชูศักดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ภาคภูมิ พิสิทธิ์	คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์	รองคณบดีฝ่ายบริหารและพัฒนางานฯ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.อุ๋นใจ เครือสถิต	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ศุภศิลป์ ศิริรักษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.ชวิชัย ดาเชิงเขา	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร.สุวภาคย์ เบญจธนวัฒน์	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.ปิยะพงษ์ ชุมศรี	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
ดร.สุนิสา แสงจันทร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.ประสิทธิ์ กมลพรมงคล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.อัครสิทธิ์ ไชยณรงค์	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.สมพร ส่งตระกูล	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.นवलปรังค์ ดวงสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ดร.เขวเรศ ก้านมะลิ	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.อรนิภา ธารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.พัชรินทร์ ภูวเลิศ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนิตล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข: กรณีศึกษา กลุ่มเขตกรุงเทพใต้.....	1
วิชา เชชะลือ, สมโภช รัตโอฟาร, วรางคณา จันทรงค์	
ผลลัพธ์การรักษาและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์.....	16
กรรณิการ์ สุระเสียง	
ผลการคัดกรองการได้ยินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางการได้ยินของทารกแรกเกิดใน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์.....	29
ปรียาภัทร์ รัตน์วิเศษ	
การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท.....	42
อโณทัย สุมากรณ์	
การพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์.....	55
ชาติเร ชินนาม, สุวีรัตน์ สืบสันต์, วิภาดา พนาทอบกิจ	
การพัฒนาการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ด้วยกระบวนการทางกายภาพบำบัด.....	68
ณัชชวกร เกตุศิริ, ภัศราภรณ์ จวบบุญ	
พฤติกรรมความเสี่ยงของเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 10.....	81
ศุพัตรา บุญเยี่ยม, นิตยา พรธนาภพ	
การพัฒนาแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อลดการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.....	95
วัชรินทร์ วิญญุกุล, ทมาภรณ์ สุขสวรรค์	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของเขตพื้นที่ อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด.....	110
วัลลภลักษณ์ พลเชื้อ, ชวัลลักษณ์ ศิริแฉ่น, อนุสิทธิ์ ศรีพันธ์	
การพัฒนาแบบการขับเคลื่อนชุมชนอาหารปลอดภัย อำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา การลดสารเคมีตกค้าง.....	122
มยุรี สุวรรณโคตร	
ผลของโปรแกรมกิจกรรม 3 ด้าน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกประสิทธิ์ อำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์.....	135
รัชนิกร คำนวนอินทร์	
ผลของรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	149
อรिता สมहनวล, ทัศนพร ชูศักดิ์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ	
ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับพิษกระท่อมในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.....	163
นิลุบล ปานะบุตร, เพ็ญภา วงศ์ไส, อรพรรณ ลาอุณ, วรรณ อ่อนสี	



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบล ท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	177
จันทกานต์ จันทร์อินทร์, ณัฐวรรณ วงษ์ศิริ, ขนิษฐา นาคเกลี้ยง, ทศพร ชูศักดิ์	
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดละโว้.....	191
นฤมล พรหมบุญ, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, นิภา มหารัษฎางค์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว.....	205
ณภัทร บุรณะพลานามย์, รัชณี สว่างนาค, อมินตรา ภาระไพโร, ธนสิทธิ์ ศรีคำเวียง, วิชุดา ศรีวงษ์กลาง	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม.....	218
ณฐา เมธานุษยาธร, ทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม, วิราสิริ วลีวีร์, ขวัญเรือน ชัยนันท์	
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา.	232
ผกากรอง พันธุ์ไพโรจน์, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, นงนุช เคี่ยมการ, วชิราภรณ์ หงส์เจริญกุล	



ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข:
กรณีศึกษา กลุ่มเขตกรุงเทพใต้

FACTORS INFLUENCING HEALTH PROMOTION BEHAVIORS OF PUBLIC HEALTH
VOLUNTEERS: A CASE STUDY OF THE SOUTHERN BANGKOK AREA GROUP

Received: November 09, 2024

Revised: January 05, 2025

Accepted: January 12, 2025

วิชุดา เตชะลือ^{1*}, สมโภช รติโอพาร², วรางคณา จันทร์คง²

Wichuda Taechalue^{1*}, Sompoch Rationan², Warangkana Chankong²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของแดเนียล (2010) จำนวน 371 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.934 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การอบรมด้านสาธารณสุข การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.318, 0.452, 0.207, 0.123,$ และ 0.408 ตามลำดับ) การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ และการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ได้ร้อยละ 28.2 ($R^2 = 0.282, p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุข, ปัจจัยที่มีอิทธิพล

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Student of Master of Public Health Program, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

² อาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

School of Health Science Sukhothai Thammathirat Open University

*Corresponding author E-mail: bovy.wi@gmail.com



Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to study the factors influencing health promotion behaviors of public health volunteers in the Southern Bangkok area. The sample consisted of 371 public health volunteers in the Southern Bangkok area. The sample size was determined using Daniel's (2010) formula. Data were collected using a questionnaire with a reliability of 0.934. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Pearson's product moment correlation coefficient, point-biserial correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results of the study found that health promotion behavior of public health volunteers was at a high level. The leading factors were attitudes towards health promotion, self-efficacy perception towards health behavior, enabling factors were public health training, attending monthly meetings with staff, and reinforcing factors were perceived motivation to perform duties, which had a positive relationship ($r = 0.318, 0.452, 0.207, 0.123, \text{ and } 0.408$, respectively). Perceived self-efficacy towards health behavior, perceived motivation to perform duties, and attending monthly meetings with staff could jointly predict health promotion behavior of public health volunteers in Bangkok, Southern Bangkok group by 28.2 percent ($R^2 = 0.282, p\text{-value} < 0.001$)

Keywords: health promotion behavior, public health volunteers, influencing factors



บทนำ

การมีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และถ่ายทอดความรู้เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁽¹⁾ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครเป็นหน่วยงานของกรุงเทพมหานครมีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการสำรวจดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนและสุขภาพจิตที่ดี แบ่งพื้นที่รับผิดชอบประจำกลุ่มปฏิบัติงานของศูนย์บริการสาธารณสุขในการตรวจสอบติดตามและศึกษาในพื้นที่ต่างๆ ของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุข 69 เขตประจำชุมชน จำนวน 2,016 ชุมชน จำนวนครัวเรือนที่ดูแล 475,886 ครัวเรือน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) 11,598 ราย ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุข 69 เขตประจำชุมชน จำนวน 2,016 ชุมชน จำนวนครัวเรือนที่ดูแล 475,886 ครัวเรือน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) 11,598 ราย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขจะกระจายตามเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยทำหน้าที่เป็นกลไกหลักของระบบสุขภาพภาคประชาชนมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือประชาชนทางด้านสุขภาพ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขยังเป็นตัวกลางในการแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว⁽²⁾

จากการประเมินข้อมูลทั่วไป กลุ่มเขตกรุงเทพใต้เป็นชุมชนแออัดที่อยู่ในเขตเมือง มีประชากรอยู่ร่วมกัน และมีความหนาแน่น ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนวิถีชีวิตแบบชุมชนเมือง มีลักษณะของการดำรงชีวิตแตกต่างกัน มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบเน้นความรวดเร็ว เน้นการประกอบอาชีพเป็นหลัก ไม่ค่อยคำนึงถึงภาวะสุขภาพซึ่งบริบทการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข มีประชาชนในความรับผิดชอบโดยเฉลี่ยอาสาสมัครสาธารณสุข 1 ท่าน รับผิดชอบไม่น้อยกว่า 30 ครัวเรือน มีหน้าที่สำรวจข้อมูลครัวเรือนที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล และจัดทำทะเบียนครัวเรือนที่อาสาสมัครสาธารณสุขดูแล เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลจัดการแก้ไขปัญหาและจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพให้กลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัยได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง มีการบันทึกการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานการปฏิบัติงานส่งศูนย์บริการสาธารณสุขในทุกเดือน

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ มีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มีความคล้ายคลึงกัน แต่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลมีความแตกต่างกันจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ และปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

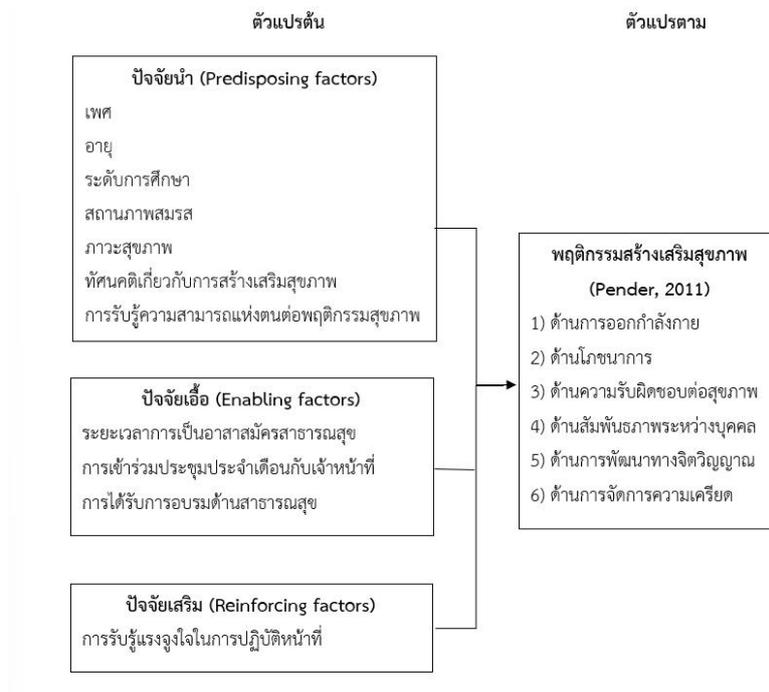


การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model⁽³⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีความครอบคลุมทั้งตัวแปรในระดับบุคคลและสิ่งแวดล้อม ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มเขตกรุงเทพฯ ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเขตกรุงเทพฯ ได้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเขตกรุงเทพฯ ได้
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเขตกรุงเทพฯ ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ ผู้ทำการศึกษาใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ในการดำเนินการศึกษาค้างนี้ ประชากรที่ทำการศึกษา ได้แก่ อาสาสมัครกรุงเทพมหานครเขตกรุงเทพใต้ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครจำนวนทั้งหมด 1,600 คน⁽²⁾ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครกรุงเทพมหานครเขตกรุงเทพใต้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีระยะเวลาในการเป็นสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครเขตกรุงเทพใต้ 1 ปีขึ้นไป โดยใช้สูตรในการคำนวณของ Daniel (2010) จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 309 คน เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนและความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20⁽⁴⁾ เป็น 371 คน การสุ่มตัวอย่างใช้หลักความน่าจะเป็นในการสุ่มตัวอย่างซึ่งแบ่งขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างได้ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยนำขนาดกลุ่มประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขเขตกรุงเทพใต้ จำนวน 16 แห่ง ทั้งหมด 1,600 คน มาแบ่งสัดส่วนโดยชั้นแรกคือร้อยละของการแบ่งส่วน

ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เลือกกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสุ่มจากบัญชีรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละแห่งทั้ง 16 แห่งในเขตกรุงเทพใต้ ตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ให้ได้ครบทั้งหมด 371 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีแนวคิด และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยสร้างเครื่องมือโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 บัญชีนำ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังต่อไปนี้ ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ และเป็นข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) กรณีคำถามเชิงลบให้คะแนนในทางกลับกัน (1-4 คะแนน) การแปลความหมายของผลระดับทัศนคติรายข้อ และรายกลุ่มจะแบ่งระดับของทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ คือ ทัศนคติด้านบวก (3.00-4.00) ทัศนคติเป็นกลาง (2.00-2.99) ทัศนคติด้านลบ (1.00-1.99) ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) การแปลความหมายของผลการรับรู้



ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพรายข้อ และรายกลุ่ม จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (3.00–4.00) ระดับปานกลาง (2.00–2.99) ระดับน้อย (1.00–1.99) ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ และการได้รับการอบรมด้านสาธารณสุข ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นการรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการรับรู้ประโยชน์หรือการลงโทษเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ จริงมากที่สุด (4 คะแนน) จริงเป็นส่วนมาก (3 คะแนน) จริงเล็กน้อย (2 คะแนน) และไม่จริงเลย (1 คะแนน) การแปลความหมายของผลการรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ รายข้อ และรายกลุ่ม จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (3.00–4.00) ระดับปานกลาง (2.00–2.99) ระดับน้อย (1.00–1.99) ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย กิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด ได้ประยุกต์ใช้จากกรอบแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์ (2011) จำนวน 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ สมบูรณ์ (4 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) การแปลความหมายของผลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร รายข้อ และรายกลุ่ม จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับมาก (3.00–4.00) ระดับปานกลาง (2.00–2.99) ระดับน้อย (1.00–1.99)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบเครื่องมือมีความถูกต้อง ตรงประเด็น ครบถ้วน ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ในแบบสอบถามโดยค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และเมื่อนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กลุ่มเขตกรุงเทพเหนือ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครจำนวน 30 คน และผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเนื้อหาเท่ากับ 0.93 โดยแยกแต่ละด้านของแบบสอบถาม ดังนี้ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.72 ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.97 การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติ



หน้าที่ เท่ากับ 0.89 และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's Correlation) สำหรับ ปัจจัยที่มีระดับการวัดแบบช่วงและระดับอัตราส่วน และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point biserial Correlation) สำหรับตัวแปรที่วัดได้ในระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ และการได้รับการอบรมด้านสาธารณสุขโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์⁽⁵⁾ กำหนดไว้ดังนี้ มีความสัมพันธ์ต่ำ (0.01-0.20) มีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ (0.21-0.40) มีความสัมพันธ์ปานกลาง (0.41-0.60) มีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง (0.61-0.80) มีความสัมพันธ์สูง (0.81-1.00) และวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการสุขภาพด้วยสถิติวิเคราะห์ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยได้ทำการ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ (Assumption) ก่อนการทำการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจง ของตัวแปรเป็นแบบปกติ (Normal Distribution) ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่ ที่ไม่ทราบค่า (Homoscedasticity) ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน (Autocorrelation) ทดสอบ Derbin-Watson ข้อมูลมีค่าเท่ากับ 1.74 และตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรอง การพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช โดยมีเอกสารรับรองเลขที่ 019.66 รหัสโครงการวิจัย : STOUIRB 2566/021.1608 เริ่มรับรองวันที่ 26 กันยายน 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร โดยมีเอกสารรับรอง เลขที่ 134 รหัสโครงการ U032hh/66_EXP เริ่มรับรองวันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ จำนวน 371 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567-29 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 310 คน คิดเป็นร้อยละ 83.6 มีอายุอยู่ในช่วง 51 ถึง 70 ปีมากที่สุด จำนวน 258 คน คิดเป็นร้อยละ 69.5 มีอายุเฉลี่ย 62.77±9.69 ปี อายุมากที่สุด 90 ปี



และอายุน้อยสุด 33 ปี มีระดับการศึกษาสูงที่สุด คือ ชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 49.3 ภาวะสุขภาพมีโรคประจำตัว จำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 57.4 มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข น้อยกว่า 13 ปี จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 61.2 เข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ มากกว่า 12 ครั้งต่อปีจำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 64.2 และได้รับการอบรมด้านสาธารณสุข จำนวน 337 คน คิดเป็นร้อยละ 90.8

2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 81.0 เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย รายด้าน ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.39, 3.43, 3.31, 3.57$ และ 3.38 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนและค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ (n = 371)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
1. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.57	0.52	มาก
2. ด้านการจัดการความเครียด	3.48	0.56	มาก
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.43	0.62	มาก
4. ด้านโภชนาการ	3.39	0.67	มาก
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.31	0.59	มาก
6. ด้านการออกกำลังกาย	2.92	0.77	ปานกลาง
รวม	3.35	0.62	มาก

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเขตกรุงเทพใต้

- ปัจจัยนำ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = 0.318, p\text{-value} < 0.001$) กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ และการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์



เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.452, p\text{-value} < 0.001$) กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ปัจจัยเอื้อ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมด้านสาธารณสุข มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = 0.207, p\text{-value} < 0.001$) กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = 0.123, p\text{-value} < 0.05$) กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ปัจจัยเสริม ด้านการรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.408, p\text{-value} < 0.001$) กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเขตกรุงเทพฯใต้ ($n = 371$)

ปัจจัย	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	
	r	p-value
ปัจจัยนำ		
ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	0.318**	< 0.001
การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ	0.452**	< 0.001
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ ^(p)	0.123*	0.018
การได้รับการอบรมด้านสาธารณสุข	0.207**	< 0.001
ปัจจัยเสริม		
การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่	0.408**	< 0.001

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

4. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครกลุ่มเขตกรุงเทพฯใต้ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ และการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 28.2 ($R^2 = 0.282, F = 47.96, p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวแปรพยากรณ์	Unstandardized		Standardized	t	p-value
	B	Std.Error	Coefficients Beta		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ (X_1)	0.767	0.107	0.343	7.179	< 0.001
การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติ หน้าที่ (X_2)	0.407	0.070	0.277	5.796	< 0.001
การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับ เจ้าหน้าที่ (X_3)	0.352	0.144	0.108	2.436	< 0.015
ค่าคงที่ = 6.243	$R^2 = 0.282$				
F = 47.96	Adjust $R^2 = 0.276$				

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

กำหนดให้ Y = พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพใต้, X_1 = การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ, X_2 = การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่, X_3 = การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ โดยสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

1. สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = 6.243 + 0.767 X_1 + 0.407 X_2 + 0.352 X_3$$

2. โดยมีสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Y = 0.343 X_1 + 0.277 X_2 + 0.108 X_3$$

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการสร้างเสริมของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพใต้ ผลการศึกษา พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก พบว่า อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 81.0 เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด อยู่ใน



ระดับมาก (\bar{X} = 3.39, 3.43, 3.31, 3.57 และ 3.38 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.92) ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี⁽⁶⁾ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี รายด้าน พบว่า ด้านการจัดการความเครียด ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านโภชนาการ อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ ได้แก่

2.1 ปัจจัยนำ พบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ ทักษะคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยนำที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครกรุงเทพมหานครกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2.1.1 ทักษะคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลวังหิน อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก⁽⁷⁾ และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณวิทยาเขตพัทลุง⁽⁸⁾ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่พบว่าทักษะคิดสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากทักษะคิดเป็นดัชนีชี้วัดว่า บุคคลนั้นคิดหรือรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้างวัตถุ สิ่งแวดล้อม ทักษะคิดจึงเป็นความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและเป็นมิติของการประเมินเพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบประเด็นหนึ่ง แต่ความคิดหรือความรู้สึกนั้นอาจไม่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรม

2.1.2 การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ เนื่องจากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม⁽⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี⁽⁶⁾ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.2 ปัจจัยเอื้อ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมด้านสาธารณสุข การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกและปัจจัยเอื้อที่สามารถทำนายพฤติกรรม



สร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครเขตกรุงเทพใต้ ได้แก่ การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่

2.2.1 การได้รับการอบรมด้านสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด⁽¹⁾ และการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6⁽¹⁰⁾ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากการอบรมด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในด้านอื่นๆ ตามนโยบาย เช่น การควบคุมและป้องกันโรค โรคเรื้อรังในชุมชน การป้องกันยาเสพติดในชุมชน เป็นต้น ซึ่งอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

2.2.2 การเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ เนื่องจากการประชุมส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่ เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน ได้รับคำชื่นชมจากเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน และได้รับการยอมรับนับถือ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอ เมือง จังหวัดชลบุรี⁽¹¹⁾ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุผลดังกล่าวการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่จึงสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ได้

2.3 ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ คือ การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากแรงจูงใจเป็นแรงผลักดันให้บุคคลในการปฏิบัติหน้าที่และพฤติกรรมสุขภาพอย่างเต็มความสามารถ สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี⁽⁶⁾ พบว่า การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



ในภาคตะวันออก: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์จังหวัดสระแก้ว⁽¹²⁾ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ ซึ่งการรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีแรงขับเคลื่อนความต้องการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2.4 เมื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของตัวแปรการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ และการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลมากกว่า การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ และการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเจ้าหน้าที่ (standardize beta = 0.343, 0.227 และ 0.108 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการบริหารเวลาให้สามารถออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรจัดกิจกรรมเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข

2. บุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุขควรส่งเสริมให้อาสาสมัครประกวดผลงาน ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจนและเป็นรูปธรรมเพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

3. ควรส่งเสริมให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านสาธารณสุขให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอเพื่อกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการทำงาน มีความรู้ด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยความเมตตากรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รัตติโพร อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง กรรมการสอบ และผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน คือ นางอรวรรณ ลิขิตพรสวรรค์ อาจารย์ ดร.อภรธา ลำดับวงศ์ และอาจารย์ ดร.บุศรินทร์ หลิมสุนทร ที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครสามารถศึกษาสำเร็จ ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพใต้ และศูนย์บริการสาธารณสุขกลุ่มเขตกรุงเทพใต้ ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่าน ผู้เขียนหนังสือ และบทความต่างๆ ที่ให้ความรู้แก่ผู้ศึกษาจนสามารถทำให้การค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จได้



เอกสารอ้างอิง

1. รัชณี วิภล, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, ธวัชชัย วรพงศธร, เอ็มอัชฌา วัฒนานุกรานนท์ และเกษม ชูรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2560; 61: 291-300.
2. กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. อาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://webportal.bangkok.go.th/health>.
3. นรลัดกษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2562; 12: 38-48.
4. Polit, D. F. Statistics and data analysis for nursing research. 2nd ed. New Jersey: Pearson; 2010.
5. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดดา; 2561.
6. พัทธราภา กาญจนอุดม, ศุภกร หวานกระโทก และสุนทรี รักความสุข. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2563; 21: 34-45.
7. เมธี สุทธิศิลป์, วลัยลัดกษณ์ พันธูรี และศศิวรรณ ส่งต่าย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลวังหิน อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก. เชียงรายเวชสาร 2565; 14: 33-44.
8. ทศดาพร แจวจิารณ์, ฌัญฐณิชา สนั่นก้อง, นัชมีน เจ๊ะกา, สุกาญญา กำลิ่งมาก, และยมล พิทักษ์ภาวศุทธิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 ในนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณวิทยาเขตพัทลุง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16: 60-73.
9. Bandura, A. "Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change," Psychological Review 1977; 84: 191-215.
10. ดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, และนิภา มหารัชพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15: 257-272.



11. ปรีชา สุวรรณทอง, วนิชา อินทรสร, และวาริศา บุญเกิด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัด ชลบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16: 169-182.
12. นันททิพย์ พลอยสุวรรณ, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, และธนะวัฒน์ รวมสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงใต้: กรณีศึกษา อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัด สระแก้ว. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16: 15-29.



ผลลัพธ์การรักษาและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยา
โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

TREATMENT OUTCOME AND FACTORS ASSOCIATED SUCCESSFUL TREATMENT OF
PATIENTS WITH DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS OF YANGTALAT HOSPITAL,
KALASIN PROVINCE

Received: October 06, 2024

Revised: January 10, 2025

Accepted: January 16, 2025

กรรณิการ์ สุระเสียง^{1*}

Kannikar Surasiang^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การรักษาและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงระหว่างปีงบประมาณ 2557-2566 จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบบันทึกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลยางตลาดร่วมกับโปรแกรมของกองวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบฟิชเชอร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.50 ช่วงอายุที่พบเชื้อมากที่สุดคือ 46-60 ปี ร้อยละ 40.00 มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.50 กก./ม.² ร้อยละ 50.00 มีอัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 65.00 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และปัจจัยที่มีผลต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยา คือ ช่วงอายุ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาที่มีอายุน้อยมีผลต่อการรักษาวัณโรคสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการดำเนินงานมาตรการป้องกันและควบคุมวัณโรคเชื้อดื้อยาอย่างเป็นระบบ และมีส่วนร่วมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชน รวมถึงแนวทางการติดตามการรักษาด้วยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

คำสำคัญ: ปัจจัยความสำเร็จ, เภสัชกรรมทางไกล, วัณโรคเชื้อดื้อยา, อัตราความสำเร็จ

¹ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Yangtalat Hospital, Kalasin Province

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



Abstract

This retrospective study aimed to investigate treatment outcomes and factors affecting the success rate of drug-resistant tuberculosis (DR-TB) treatment at Yang Talat Hospital, Kalasin Province. Purposive sampling was used to choose 40 DR-TB patients enrolled in the hospital's tuberculosis clinic during fiscal years 2014 and 2023. Medical record forms and the Department of Tuberculosis's (National Tuberculosis Information Program: NTIP) tuberculosis database system were used to collect data. Statistical analyses included descriptive statistics, Chi-square tests, and Fisher's exact tests, with significance set at $p\text{-value} < 0.05$.

The results showed that most participants were male (87.50%), with the highest incidence in the 46–60 age group (40.00%). Half of the participants (50.00%) had a body mass index (BMI) of less than 18.50 kg/m². The treatment success rate was 65.00%, below the standard benchmark. A statistically significant factor influencing treatment success was age, with younger patients showing better treatment outcomes ($p\text{-value} < 0.05$).

The study suggests using interdisciplinary teams and community involvement to adopt systematic and cooperative approaches for DR-TB prevention and control. To improve treatment adherence and results, follow-up tools like telepharmacy services should also be created.

Keywords: Success factors, Telepharmacy, Drug-resistant tuberculosis, Success rate



บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis; TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไมโคแบคทีเรีย (Mycobacterium) เกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด ร้อยละ 80.00 เชื้อวัณโรคสามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศโดยผ่านทางไอจาการพูดและการหายใจ เชื้อเหล่านี้จะอยู่ในละอองฝอยของเสมหะที่ออกมาสู่อากาศอนุภาคของ Droplets ที่เล็กที่สุดที่มีเชื้อวัณโรคจะลอยอยู่ในอากาศได้หลายชั่วโมง เมื่อคนสูดเอาอากาศที่มีเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย Droplets ของเชื้อวัณโรคที่มีขนาดเล็กๆ จะเข้าสู่ปอด เชื้อจะถูกทำลายด้วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย หากเชื้อถูกทำลายไม่หมดก็จะแบ่งตัวทำให้เกิดการติดเชื้อ⁽¹⁾ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกคาดประมาณปี ค.ศ. 2022 ทั่วโลกมีอุบัติการณ์วัณโรค 133 ต่อประชากรแสนคน หรือจำนวน 10.60 ล้านคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตจำนวน 1.30 ล้านคน และประชากรทั่วโลก 1 ใน 4 ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง⁽²⁾ ส่วนประเทศไทยคาดประมาณมีอุบัติการณ์วัณโรค 155 ต่อประชากรแสนคน หรือจำนวน 111,000 คน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตจำนวน 14,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคคือยา จำนวน 2,700ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 3.70 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด โดยพบในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 1.70 และพบในผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษามาก่อน ร้อยละ 9.70⁽³⁾

วัณโรคคือยา (Drug-resistant tuberculosis: DR-TB) ส่งผลต่อระบบสาธารณสุขหลายประเทศทั่วโลกเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลก สาเหตุของเชื้อคือยาอาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติของตัวเชื้อวัณโรคเอง เนื่องจากการกลายพันธุ์ของสารพันธุกรรมทำให้ยาไม่สามารถใช้รักษาเชื้อวัณโรคนั้นได้ แต่ที่สำคัญที่สุดคือ เกิดจากการดูแลรักษาผู้ป่วยทางคลินิก เช่น การใช้สูตรยาที่ไม่เหมาะสม การให้ยาในขนาดที่ต่ำไป หรือระยะเวลาไม่นานพอ การเดิมยาที่ละขนาน การบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพ การมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า หรือ DOTs (Directly-Observed Treatment, short course) ยังไม่เข้มแข็ง นอกจากนี้ อาจเกิดจากผู้ป่วยมีโรคร่วมที่ทำให้การดูดซึมยาไม่ดี เช่น การติดเชื้อ HIV โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง⁽⁴⁾ ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคต่อรายประมาณ 2,000-4,000 บาท แต่ถ้าเกิดปัญหาเชื้อคือยาในการรักษา MDR-TB ค่าใช้จ่ายต่อรายประมาณ 200,000 บาท และถ้าเกิดเป็น XDR-TB ค่าใช้จ่ายต่อรายมากกว่า 1,000,000 บาทต่อราย⁽⁴⁾ ด้านจิตวิทยา คือ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวกังวล และเครียด เนื่องจากระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน และด้านสังคมเกิดการเลือกปฏิบัติจากคนในชุมชน และต้องเผชิญกับสายตาของเพื่อนบ้าน และปฏิกริยาของครอบครัว อัตรความสำเร็จในการรักษาวัณโรคของประเทศไทยปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 85.00 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ต้องมีอย่างน้อย ร้อยละ 88.00⁽⁵⁾ อัตรความสำเร็จการรักษาวัณโรคคือยา MDR/RR/pre-XDR-TB ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 69.10⁽⁶⁾

โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีประชากรในเขตรับผิดชอบอำเภอยางตลาด 127,523 คน คาดประมาณการจะมีผู้ป่วยวัณโรค 197 คน/ปี ข้อมูล



การขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2564-2566 มีจำนวน 189, 165 และ 192 ตามลำดับ ความสำเร็จในการรักษา ปีงบประมาณ 2564-2566 เท่ากับ 84.00, 83.40 และ 87.00 ตามลำดับ สาเหตุที่ความสำเร็จต่ำกว่าเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 88.00 เนื่องจากมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งเสียชีวิต มีอัตราการเสียชีวิตปีงบประมาณ 2564-2566 ร้อยละ 13.70, 8.20 และ 10.10 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเป้าหมาย < ร้อยละ 5.00⁽⁷⁾

สำหรับคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาดเป็นคลินิกวัณโรคครบวงจร ตั้งแต่การป้องกัน ค้นหา คัดกรองและรักษาผู้ป่วยวัณโรค มีทีมผู้ป่วยในเฉพาะด้านโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ มีนโยบายการรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพื่อแยกโรคแยกเชื้อจากชุมชน และให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคด้วยการจัดกิจกรรม 5 วัน 5 กิจกรรม ในด้านยาและอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากยาวัณโรค กำหนดให้มีเภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาผู้ป่วยวัณโรคตลอด 24 ชั่วโมง และยังเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรักษาวัณโรคคือยาในเขตพื้นที่เขตบริการรักษา (NODE) ได้แก่ อำเภอยางตลาด อำเภอห้วยเม็ก อำเภอหนองกุงศรี และอำเภอท่าคันโท มีแนวโน้มพบวัณโรคเชื้อดื้อยาทุกปี ทั้งนี้ ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน เพื่อประเมินอัตราความสำเร็จในการรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอัตราความสำเร็จในการรักษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมายอัตราความสำเร็จในการรักษาที่สูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราความสำเร็จ และการเสียชีวิตในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี อายุ ประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย เพศ โรคเบาหวาน มีภาวะตับอักเสบ และผลการตรวจเสมหะ⁽⁸⁻¹⁰⁾ ในส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนาน พบว่า มีหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกาย ปัจจัยสิ่งก่อโรค และการรักษา ผลการตรวจเสมหะ สุตรยา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการสนับสนุนจากแพทย์และพยาบาล ความเอาใจใส่จากครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการกำกับการรับประทานยา การได้รับการยอมรับจากคนในสังคม⁽¹¹⁾ แต่เนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเก็บข้อมูลที่บ้านพักในเขาระเบียงโรงพยาบาล และจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของกองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข (NTIP) ซึ่งอาจบันทึกข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนในทุกปัจจัยดังกล่าว จึงเลือกหัวข้อตัวแปรศึกษาเท่าที่สามารถรวบรวมได้



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคคือยาโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคคือยาโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างปีงบประมาณ 2557-2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เนื่องจากเป็นโรคที่พบน้อยจำนวนผู้ป่วยที่ยังมีไม่มาก เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยวัณโรคคือยาชนิด Rifampicin or Multidrug-resistant TB (RR/MDR TB), Pre-extensively drug-resistant TB (Pre XDR TB), Extensively drug-resistant TB (XDR TB) ที่ไม่ใช่ Mono-resistant TB และ Polydrug-resistant TB ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างปีงบประมาณ 2557-2566 จำนวน 40 คน ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนการวินิจฉัยในภายหลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคลที่สร้างเอง เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล และโปรแกรม NTIP ของกองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเก็บบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย โรคร่วม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ พื้นที่เครือข่ายรักษา (NODE) ประวัติการรักษาวัณโรคในอดีต ความเข้มข้นของเชื้อเมื่อเริ่มรักษา (AFB) สูตรยาที่ใช้ในการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ที่พบระหว่างการรักษา ผลการรักษา และความสำเร็จในการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพ รายละเอียดเนื้อหา แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคล โดยประเมินความสอดคล้อง ความเหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้ ความปลอดภัย และไม่ก่อให้เกิดอันตราย เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ประจำโรงพยาบาลยางตลาด หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลยางตลาด และพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)



2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการความสำเร็จในการรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยา โดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในกรณีหากผลได้ค่าต่ำกว่าค่าวิกฤตทางสถิติ จะดำเนินการทดสอบด้วย Fisher's exact test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักความเคารพในบุคคล คือ การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นคน หลักผลประโยชน์หรือไม่ก่ออันตราย โดยการพยายามดำเนินการให้การวิจัยนี้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มตัวอย่าง และหลักยุติธรรม คือ การให้ความเสมอภาค กับผู้ร่วมในการวิจัยทุกคน ซึ่งมีการดำเนินการโดยเสนอโครงการวิจัยต่อผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสโครงการวิจัย 018/2567 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2557-2566 พบอัตราการชุกการติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 2.15 ต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 87.50 ช่วงอายุที่พบเชื้อส่วนมากที่ช่วงอายุ 46-60ปี ร้อยละ 40.00 ผู้ป่วยที่พบเชื้อส่วนใหญ่มีช่วงดัชนีมวลกาย < 18.50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 50.00 พื้นที่ภูมิลำเนาอาศัยร้อยละ 65.00 อยู่ในเขตอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ และผลลัพธ์ของการรักษา มีอัตราการสำเร็จร้อยละ 65.00 ดังแสดงใน ตารางที่ 2

2. ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ช่วงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 1 อัตราความชุกผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ปีงบประมาณ	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566	รวม/เฉลี่ย
RR/MDR	3	1	4	5	7	3	4	4	2	7	40/4
PreXDR TB											
New TB ที่ขึ้นทะเบียนในปี	176	185	198	208	194	151	167	189	165	198	1,831/183
อัตราความชุก	1.70	0.54	2.02	2.40	3.61	1.99	2.40	2.12	1.21	3.54	2.15



ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างปีงบประมาณ 2557-2566 (n = 40)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	35	87.50
หญิง	5	12.50
ช่วงอายุ		
< 15 ปี	1	2.50
15-45 ปี	13	32.50
46-60 ปี	16	40.00
61-70 ปี	5	12.50
> 70 ปี	5	12.50
(Mean 50.28 Min 11 Max 79 SD 15.54)		
ช่วงน้ำหนักตัว		
< 45 กก.	11	27.50
45-54 กก.	20	50.00
55-65 กก.	7	17.50
> 65 กก.	2	5.00
(Mean 50.23 Min 35 Max 80 SD 8.92)		
ช่วงดัชนีมวลกาย		
< 18.5	20	50.00
18.5-22.9	17	42.50
23.0-24.9	1	2.50
ตั้งแต่ 25 ขึ้นไป	2	5.00
(Mean 18.57 Min 13.67 Max 29.38 SD 3.30)		
พื้นที่ภูมิตำนารักษา		
ยางตลาด	26	65.00
ท่าคันโท	6	15.00
ห้วยเม็ก	6	15.00
หนองกุงศรี	2	5.00



ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ผลลัพธ์การรักษา		
Cured	23	57.50
Completed	3	7.50
Loss follow up	3	7.50
Failed	3	7.50
Died	8	20.00
ผลสำเร็จ		
รักษาสำเร็จ	26	65.00
รักษาไม่สำเร็จ	14	35.00

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา (n = 40)

ปัจจัย	ไม่สำเร็จ (n, %)	สำเร็จ (n, %)	X ²	p-value
เพศ				
ชาย	14 (40.00)	21 (60.00)	3.077	0.143 ^F
หญิง	0	5 (100.00)		
ช่วงอายุ				
< 15 ปี	0	1 (100.00)	9.710	0.043^F
15-45 ปี	3 (23.10)	10 (76.90)		
46-60 ปี	6 (37.50)	10 (62.50)		
61-70 ปี	0	4 (100.00)		
> 70 ปี	5 (83.40)	1 (16.60)		
ช่วงน้ำหนักตัว				
< 45 กก.	7 (63.60)	4 (36.40)	6.582	0.118 ^F
45-54 กก.	6 (30.00)	14 (70.00)		
55-65 กก.	1 (14.30)	6 (85.70)		
> 65 กก.	0	2 (100.00)		



ปัจจัย	ไม่สำเร็จ (n, %)	สำเร็จ (n, %)	X ²	p-value
ช่วง BMI				
< 18.5	10 (45.50)	12 (54.50)	5.475	0.118 ^F
18.5-22.9	3 (20.00)	12 (80.00)		
23.0-24.9	1 (100.00)	0		
25 ขึ้นไป	0	2 (100.00)		
โรคประจำตัว โรคร่วม				
ไม่มี	7 (41.20)	10 (58.80)	4.835	0.415 ^F
โรคเบาหวาน	6 (35.30)	11 (64.70)		
โรคเอดส์	0	2 (100.00)		
เบาหวาน+ไตเสื่อม	1 (100.00)	0		
โรคอื่นๆ	0	3 (100.00)		
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	2 (16.70)	10 (83.30)	2.533	0.157 ^F
สูบ	12 (42.90)	16 (57.10)		
มีการดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ใช้	6 (27.30)	16 (72.70)	1.283	0.257 ^c
ใช้	8 (44.40)	10 (55.60)		
พื้นที่ภูมิถิ่นานา				
ยางตลาด	7 (26.90)	19 (73.10)	5.061	0.194 ^F
ท่าคันโท	3 (50.00)	3 (50.00)		
ห้วยเม็ก	4 (66.70)	2 (33.30)		
หนองกุ้งศรี	0	2 (100.00)		
มีประวัติการรักษาวัณโรค				
ไม่ใช้	0	2 (100.00)	1.134	0.533 ^F
ใช้	14 (36.80)	24 (63.20)		
ความเข้มข้นเชื้อ				
0, Neg	7 (38.90)	11 (61.10)	4.975	0.213 ^F



ปัจจัย	ไม่สำเร็จ (n, %)	สำเร็จ (n, %)	X ²	p-value
เริ่มรักษา (AFB)				
1+	3 (21.40)	11 (78.60)		
2+	0	2 (100.00)		
3+	4 (66.70)	2 (33.30)		
สูตรยารักษา RR/MDR				
Other 1stline drug	1 (50.00)	1 (50.00)	4.559	0.831 ^F
Km Longer	5 (35.70)	9 (64.30)		
Pre XDR TB				
Km STR	3 (50.00)	3 (50.00)		
Am STR	1 (33.30)	2 (66.70)		
Bdq All oral Shorter	3 (33.30)	6 (66.70)		
BdqAll oral Longer	1 (33.30)	2 (66.70)		
Bdq PreXDR	0	2 (100.00)		
BPaIM	0	1 (100.00)		

^c = ทดสอบความสำคัญทางสถิติด้วย Chi square

^F = ทดสอบความสำคัญทางสถิติด้วย Fisher exact

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาแบบย้อนหลังนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคคอตีบ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงจากทะเบียนวัณโรคคอตีบระหว่างปีงบประมาณ 2557-2566 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบความชุกของอัตราการคิดเชื้อวัณโรคคอตีบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 2.15 ต่อปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.50 ช่วงอายุที่พบเชื้อส่วนมากที่ช่วงอายุ 46-60 ปี ร้อยละ 40.00 ผู้ป่วยที่พบเชื้อส่วนใหญ่มีช่วงดัชนีมวลกาย < 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 50.00 ผลลัพธ์ของการรักษา มีอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 65.00 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์และการทดสอบด้วยฟิชเชอร์ วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา พบว่าช่วงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ที่แน่ชัด



อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างจากระยะช่วงหลายปี เนื่องจากเป็นโรคที่ยังมีจำนวนผู้ป่วยน้อย ผลการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวันโรคคือยาโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 65.00 สอดคล้องกับการศึกษาของสุชญา รัศมีศรี, พิमान ชีระรัตนสุนทร, จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, สุภา เพ่งพิศ และการศึกษาของนันท์วัฒน์ ต้นธนาสุวัฒน์, กมล แก้วกิตติณรงค์, กำพล สุวรรณพิมลกุล, ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ์ พบว่า ผลการรักษาสำเร็จของวันโรคคือยา ร้อยละ 59.10⁽¹²⁾ และ 69.20⁽¹³⁾ ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา พบว่า ช่วงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ในกลุ่มอายุ > 70 ปี มีโอกาสรักษาไม่สำเร็จสูงถึง 3.14 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่อายุ ≤ 70 ปี สอดคล้องกับหลายการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม⁽⁸⁻¹⁰⁾ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยวันโรคที่มีอายุมากขึ้นมักมีปัจจัยต่างๆ นอกเหนือจากการป่วยด้วยวันโรค เช่น การเสื่อมของอวัยวะต่างๆ โรคร่วม การใช้ยาร่วมกันหลายชนิด ปัญหาการเข้าถึงการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ภาวะภูมิคุ้มกันและการตอบสนองต่อยาต้านวันโรคลดลง ส่วนปัจจัยอื่นๆ ยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ที่แน่ชัด ไม่ว่าจะเป็นเพศ ช่วงน้ำหนักตัว ช่วงดัชนีมวลกาย โรคร่วม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ พื้นที่เครือข่ายรักษา ประวัติการรักษาวันโรคในอดีต ความเข้มข้นของเชื้อเมื่อเริ่มรักษา และสูตรยาที่ใช้ในการรักษา อาจเนื่องด้วยข้อจำกัดด้านจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย มีข้อมูลไม่พอเพียงในการวิเคราะห์ การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนที่ไม่ครบถ้วน เช่น ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความสำเร็จในการรักษา และไม่ได้บันทึกข้อมูลไว้ในการศึกษานี้ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐฐานะ การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากกองทุนวันโรคโลก ตลอดจนข้อจำกัด ปัจจัยเฉพาะที่เป็นปัจเจกแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยวันโรคคือยาที่เป็นผู้สูงอายุร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวันโรคคือยา
2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังอาจมีข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน ครั้งต่อไปควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยญาติที่ใกล้ชิดผู้ป่วยแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่คลินิกวันโรคร่วมด้วย
3. การนำไปใช้ประโยชน์ ควรเร่งรัดคัดกรองค้นหาเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาให้เร็ว พัฒนารูปแบบการติดตามกำกับกับการกินยา โดยใช้แอปพลิเคชันวิดีโอ (Video observed therapy ;VOT), เภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลดูแลกำกับการกินยา มีระบบบันทึกการกินยาที่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุควรมีผู้ดูแลกำกับการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์วรัญญู เจริญพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด ญญ.ใจรัก กาญจนะ หัวหน้ากลุ่มงานฯ ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนทีมงานคลินิกวัณโรค และกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูล รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนทำให้การวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2564.
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์และการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรค และวัณโรคคอตีบในประเทศไทย (tbthailand.org)
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคคอตีบ พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2567.
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคคอตีบ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
5. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ตัวชี้วัด 25.1. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?d=1592>
6. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562-2566. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2567.
7. โรงพยาบาลยางตลาด. (2566). ตัวชี้วัดอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค [ไม่ได้ตีพิมพ์]. ภาพสไลด์: งานคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลยางตลาด.
8. นันทวัฒน์ ตันธนาสุวัฒน์. ผลลัพธ์การรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ใหญ่ ณ คลินิกควบคุมการติดเชื้อทางเดินหายใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
9. วีระวรรณ เหล่าวิฑูรย์, เอมวิภา แสงชาติ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2567; 17(1): 72-90.



10. ฐานันตร์ ฐานวิเศษ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล ชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2563; 40(1): 97-107.
11. นิโบล นาคบำรุง, ยศวดี เพ็ชรคำ, ศศิธร แดงเจย์, สุกัญญา บุญช่วย, ตั้ม บุญรอด, วิชชาดา สิมลา. ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนาน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์เชิงอภิमान. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(4): 646-659.
12. สุขญา รัชศรี, พิมาน ชีระรัตนสุนทร, จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, สุภา เฟ่งพิศ. สถานการณ์วัณโรคคอตีบในผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566; 6(1): 1-12.
13. นันทวัฒน์ ต้นธนาสุวัฒน์, กมล แก้วกิตติรงค์, กำพล สุวรรณพิมลกุล, ชาญกิจ พุฒิเลอพงค์. ผลลัพธ์การรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในผู้ใหญ่ ณ คลินิกควบคุมการติดเชื้อทางเดินหายใจ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2566; 15(2): 376-388.



ผลการคัดกรองการได้ยินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางการได้ยินของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

RESULTS AND ASSOCIATED FACTORS OF ABNORMAL NEWBORN HEARING SCREENING TEST AT YANGTALAD HOSPITAL KALASIN PROVINCE

Received: November 19, 2024

Revised: January 20, 2025

Accepted: January 31, 2025

ปริยาภัทร์ รัตน์วิเศษ^{1*}

Preeyapat Ratviset^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการคัดกรองการได้ยินและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางการได้ยินของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยทำการศึกษาแบบย้อนหลังในทารกแรกเกิดมีชีพช่วง 1 สิงหาคม 2565-30 กันยายน 2567 จำนวน 1,744 คน บันทึกข้อมูลผลการตรวจคัดกรองการได้ยิน Otoacoustic Emission (OAE) และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Chi-square หรือ Fisher's Exact test และ Student t-test โดยค่า p-value < 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติทางการได้ยินครั้งที่ 1 (OAE1) 124 คน (7.1%) และจากการติดตามกลุ่มเสี่ยงให้มาตรวจ OAE ครั้งที่ 2 (OAE2) พบว่า ผิดปกติ จำนวน 28 คน (1.6%) การศึกษาครั้งนี้ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผิดปกติทางการได้ยิน

ผลการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลยางตลาดจังหวัดกาฬสินธุ์ OAE ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ยังพบความผิดปกติทางการได้ยินในอัตราที่สูง ดังนั้น จึงควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกราย และควรมีการติดตามพัฒนาการ โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษาของกลุ่มที่พบความผิดปกติจากการคัดกรองทั้ง 2 ครั้งดังกล่าวไปในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรองการได้ยิน, ความผิดปกติทางการได้ยิน, ทารกแรกเกิด

¹ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Yangtalad Hospital Kalasin Province

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



Abstract

This study aims to study the incidence and factors associated with abnormal newborn hearing screening test at Yangtalad Hospital Kalasin Province. A retrospective study design was adopted to conduct this study. Data was recruited from the medical records of all newborns who were born in Yangtalad Hospital from 1st August 2022 to 30th September 2024, a total of 1,744 cases. Data collection was recorded by using the record form of hearing screening test (Otoacoustic Emission; OAE) for newborn babies in Yangtalad Hospital, Kalasin Province. Data was analyzed by using descriptive statistics Chi-square or Fisher's Exact test and Student t-test. p-value < 0.05 was set significant.

Results: The incidence of hearing disorder among newborns OAE1 was 7.1% and OAE2 was 1.6 %. This study does not find factor that statistical significance associated with hearing disorders.

Conclusion: The results of newborn hearing screening at Yangtalad Hospital in Kalasin province, using OAE during the first and second screenings, still show a high incidence of abnormalities. Therefore, it is important to raise awareness and give priority to hearing screenings for all newborns. Additionally, follow-up on development, particularly language development, should be conducted for those who were found to have abnormalities in both screenings over the long term.

Keywords: Hearing Disorders, Hearing Screening, Neonatal



บทนำ

ภาวะสูญเสียการได้ยินในทารกแรกเกิด ทำให้เด็กมีปัญหาด้านการฟัง มีผลต่อพัฒนาการด้านภาษาซึ่งถือเป็นการเรียนรู้ที่เป็นรากฐานของชีวิต เด็กที่สูญเสียการได้ยินจึงมีพัฒนาการพูดและภาษาล่าช้า นอกจากนี้ อาจส่งผลให้พัฒนาการด้านอื่นๆ เช่น นั่ง ยืน เดิน วิ่ง ซ้ำกว่าเด็กทั่วไป และมีผลต่อการดำเนินชีวิต ภาวะทางจิตใจ และการเข้าสังคม ภาวะการได้ยินบกพร่อง (hearing impairment) เป็นภาวะที่พบบ่อยในเด็กทารกแรกเกิด ซึ่งไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติของการได้ยินได้โดยการตรวจร่างกายทั่วไป จึงมักถูกมองข้าม และไม่ได้รับความสนใจ ทั้งที่เป็นความผิดปกติที่สามารถตรวจคัดกรองพบได้ด้วยการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ ซึ่งถ้าตรวจคัดกรองสงสัยว่า เด็กมีการสูญเสียการได้ยิน และได้รับการวินิจฉัยภายในอายุ 3 เดือน และดำเนินการรักษาฟื้นฟูการได้ยินภายในอายุ 6 เดือน จะทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านการฟัง พูด ภาษา อารมณ์และสังคมที่เหมาะสม⁽¹⁻⁵⁾

อุบัติการณ์ของการสูญเสียการได้ยินแบบถาวรทั้งสองข้างในทารกแรกเกิดปกติจากรายงานทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยพบได้ใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 1-3 รายต่อทารกแรกเกิด 1,000 ราย และพบได้ร้อยละ 2-4 ของเด็กกลุ่มเสี่ยง⁽⁶⁻¹⁶⁾ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ร้อยละ 6 ของการสูญเสียการได้ยินแบบถาวรในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี สามารถป้องกันได้⁽¹⁷⁾

ในอดีตการตรวจการได้ยินในทารกแรกเกิดจะทำเฉพาะในกรณี que เด็กมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินเท่านั้น ซึ่งในปัจจุบัน พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของเด็กทารกแรกเกิดที่สูญเสียการได้ยินไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆ จึงเป็นที่มาของโปรแกรมการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด ซึ่งจะช่วยให้การตรวจหาการสูญเสียการได้ยินทำได้อย่างรวดเร็ว เพื่อจะได้ช่วยกระตุ้นการได้ยิน และแก้ไขป้องกันสาเหตุของการสูญเสียการได้ยินในกรณีที่ทำให้ได้ โดยแนวทางดูแลสุขภาพวัยแรกเกิดถึง 5 ปี ตามมาตรฐานสาธารณสุข และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2564 แนะนำให้ตรวจคัดกรองการได้ยินด้วยเครื่องมือในทารกทุกรายช่วงแรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง⁽¹⁸⁾ โดยเครื่องมือที่นิยม คือ Otoacoustic emissions (OAE) ซึ่งมีความปลอดภัยต่อทารก ใช้งานง่าย สะดวก รวดเร็วในการทำงาน และมีความแม่นยำในการตรวจพบการสูญเสียการได้ยินระดับปานกลางถึงรุนแรงในทารกแรกเกิด โดยมีความไว (sensitivity) 50-100% และความจำเพาะ (specificity) 49-97%⁽¹⁹⁻²⁰⁾ จึงทำให้ OAE เป็นอุปกรณ์ที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับในการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด

โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เริ่มมีการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกรายตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2565 เป็นต้นมา โดยสามารถตรวจในทารกแรกเกิดที่มีอายุตั้งแต่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป โดยการใช้เครื่อง OAE เป็นการปล่อยเสียงกระตุ้น วัดเสียงสะท้อนจากเซลล์ขนภายในหูชั้นใน ใช้เวลาตรวจประมาณ 10 วินาที-2 นาที การตรวจจะกระทำในห้องเงียบ ขณะทารกนอนนิ่งๆ หรือนอนหลับโดยการใส่อุปกรณ์เข้าช่องหูเด็ก และปล่อยเสียง เครื่องจะแสดงผลการตรวจอัตโนมัติ การตรวจทำได้ง่าย ใช้เวลาน้อย ไม่เจ็บปวด ทราบผลทันที โดยผลตรวจจะแสดงอยู่ 2 ค่า คือ



PASS หมายถึง การทำงานของเซลล์ขนในหูชั้นในปกติ คาดการณ์ได้ว่าทารกน่าจะมีการได้ยินปกติ และ REFER หมายถึง การตรวจคัดกรองการได้ยินไม่ผ่าน ควรส่งตรวจซ้ำ ซึ่งอาจเกิดจากการมีการสูญเสียการได้ยินจริง หรืออาจเกิดจากมีสิ่งอุดกั้นในหูชั้นนอกหรือหูชั้นกลาง เช่น ไข น้ำคร่ำ จี๋หู ทำให้ไปขัดขวางการตรวจวัดเสียงสะท้อนจากหูชั้นใน จำเป็นต้องส่งตรวจ OAE ซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือน หากตรวจไม่ผ่านที่โรงพยาบาลยางตลาด ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ซึ่งมีศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี Automated auditory brainstem response และพบแพทย์เฉพาะทางด้านโสต ศอ นาสิก เพื่อช่วยวินิจฉัย รักษา และแก้ไขการได้ยินบกพร่องเพื่อคุณภาพชีวิต และพัฒนาการที่ดีในอนาคตของเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดความผิดปกติของการได้ยินในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางการได้ยินในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ในแบบบันทึกการตรวจคัดกรองการได้ยิน และเวชระเบียนผู้ป่วยของทารกที่ได้รับการคลอดในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นทารกแรกเกิดทุกรายที่ได้รับการคลอดใน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยในปี 2565-2567 มีทารกแรกเกิดทั้งหมดจำนวน 2,141 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกแรกเกิดที่ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินทุกรายที่ได้รับการคลอดในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2565 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2567

ในการวิจัยนี้คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน⁽²¹⁾

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

p = สัดส่วนความผิดปกติทางการได้ยินของทารกแรกเกิดจากการตรวจ OAE อ้างอิงจากการศึกษาของรูปนีย์ แสนพล และมณฑิรา สาณณรงค์⁽¹⁵⁾ พบอุบัติการณ์ความผิดปกติทางการได้ยินของทารกแรกเกิดจากการตรวจ OAE ครั้งที่ 2 $16.6\% = 0.166$

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



$$d = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ กำหนดไว้ที่ร้อยละ 15 ของค่า } p \\ = 0.15 \times 0.166 = 0.02$$

ดังนั้น สามารถคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.166 \times (1 - 0.166)}{0.02^2}$$

$$n = 1,330 \text{ คน}$$

ดังนั้น ในการศึกษาคั้งนี้จะเก็บรวบรวมข้อมูลทารกแรกเกิดอย่างน้อย 1,330 คน ซึ่งการศึกษาคั้งนี้จะทำการเก็บข้อมูลทารกแรกเกิดทุกรายที่ได้รับการคลอดในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 ซึ่งมีจำนวนที่เข้าได้กับเกณฑ์คัดเข้าทั้งสิ้น 1,744 คน ซึ่งเพียงพอต่อการศึกษาคั้งนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยเก็บข้อมูลทารกแรกเกิดทุกรายที่ได้รับการคลอดในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ ทารกแรกที่มีผลตรวจความผิดปกติของการได้ยิน และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบตามแบบบันทึกข้อมูล, Incompatible with life, Atresia or Stenosis of external ear canal both ears และทารกอยู่ในภาวะวิกฤติได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นหลังคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด ข้อมูลที่เก็บประกอบด้วย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น เพศ น้ำหนัก อายุครรภ์ Apgar score ที่ 1 และ 5 นาทีหลังคลอด
2. ภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมขณะที่นอนโรงพยาบาล
3. ผลการตรวจคัดกรองการได้ยินด้วยวิธี OAE ตั้งแต่อายุ 24 ชั่วโมง ถึงก่อนกลับบ้าน
4. ผลการตรวจการได้ยินด้วยวิธี OAE ซ้ำที่อายุ 1 เดือน หรือ 2 สัปดาห์ ในทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสูญเสียการได้ยิน (High risk) หากตรวจการได้ยินด้วยวิธี OAE ไม่ผ่านเมื่อแรกเกิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบบันทึกส่วนบุคคล และบันทึกข้อมูลทางคลินิกแล้วลงบันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) รายงานด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด



2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็น Categorical data ระหว่างกลุ่มที่ผลตรวจการได้ยินปกติและผิดปกติใช้ Chi-square หรือ Fisher's Exact test และข้อมูล continuous data ใช้ Student t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสโครงการวิจัย KLS.REC 213/2567 รับรอง ณ วันที่ 18 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

ทารกแรกเกิดที่ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน โดยวิธี OAE (Otoacoustic Emission) ในโรงพยาบาลยางตลาด ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2565 ถึงเดือนกันยายน 2567 ทั้งหมด 1,744 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (51.1%) คลอดด้วยวิธี C/S (60.7%) เป็นทารกกลุ่มปกติ มีคะแนน Apgar Score ที่ 1 นาที และ 5 นาที เท่ากับ 8-10 คะแนน (99.7% และ 100%) มีภาวะแทรกซ้อน 53.8% อายุครรภ์เฉลี่ย 38.26 ± 1.32 สัปดาห์ น้อยที่สุด 29 สัปดาห์และมากที่สุด 42 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด $3,086.47 \pm 429.01$ กรัม น้ำหนักน้อยที่สุด 1,800 กรัม และมากที่สุด คือ 5,480 กรัม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดที่ได้รับการคลอดในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (n = 1,744 คน)

คุณลักษณะทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		892	51.1
หญิง		852	48.9
วิธีการคลอด			
NL		666	38.2
C/S		1,058	60.7
V/E		20	1.1
คะแนน Apgar score ที่ 1 นาที			
8-10 คะแนน (ปกติ)		1,738	99.7
4-7 คะแนน (มีภาวะขาดออกซิเจนระดับเล็กน้อย-ปานกลาง)		6	0.3
0-3 คะแนน (มีภาวะขาดออกซิเจนระดับรุนแรง)		0	0.0



คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน Apgar score ที่ 5 นาที		
8-10 คะแนน (ปกติ)	1,744	100.0
4-7 คะแนน (มีภาวะขาดออกซิเจนระดับเล็กน้อย-ปานกลาง)	0	0.0
0-3 คะแนน (มีภาวะขาดออกซิเจนระดับรุนแรง)	0	0.0
ภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มี	806	46.2
มี	938	53.8
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป	1,618	92.8
< 37 สัปดาห์	126	7.2
Mean±SD	38.26±1.28	
Min-Max	29-42	
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)		
<2,500 กรัม	148	8.5
2,500-4,000 กรัม	1,555	89.2
> 4,000 กรัม	41	2.3
Mean±SD	3,086.47±429.01	
Min-Max	1,800-5,480	

ผลการตรวจคัดกรองการได้ยิน OAE ครั้งที่ 1 ไม่ผ่าน จำนวน 124 ราย (7.1%) ส่วนใหญ่มีความผิดปกติทั้งสองข้าง จำนวน 73 ราย (58.9%) ผลการตรวจ OAE ครั้งที่ 2 ไม่ผ่าน จำนวน 28 ราย (24.3%) ส่วนใหญ่มีความผิดปกติทั้งสองข้าง จำนวน 12 ราย (42.9%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจความผิดปกติของการได้ยิน Otoacoustic emissions (OAE) ของกลุ่มตัวอย่างทารกแรกเกิดที่ได้รับการคลอดในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ (n = 1,744 คน)

	จำนวน	ร้อยละ
ผลตรวจ OAE ครั้งที่ 1 หลังคลอด 24-72 ชั่วโมง (n = 1,744)		
ผ่าน	1,620	92.9
ไม่ผ่าน	124	7.1
ผิดปกติข้างซ้าย	35	28.2
ผิดปกติข้างขวา	16	12.9
ผิดปกติทั้งสองข้าง	73	58.9



	จำนวน	ร้อยละ
ผลตรวจ OAE ครั้งที่ 2 ตรวจซ้ำ 2 สัปดาห์/ 1 เดือน (n = 124)		
ผ่าน	96	77.4
ไม่ผ่าน	28	26.6
ผิดปกติข้างซ้าย	9	32.1
ผิดปกติข้างขวา	7	25.0
ผิดปกติทั้งสองข้าง	12	42.9
อุบัติการณ์ความผิดปกติของการได้ยินต่อ 1,000 ประชากร อยู่ที่ 16.1 คน (28 คนใน 1,744 คน)		

การศึกษาครั้งนี้ ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผิดปกติทางการได้ยิน จากการตรวจ OAE ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แต่พบปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับความผิดปกติทางการได้ยิน จากการตรวจ OAE ครั้งที่ 1 คือ ภาวะแทรกซ้อน (p-value = 0.121) โดยพบว่า กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนมีโอกาสที่ตรวจพบความผิดปกติทางการได้ยินมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และพบปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับความผิดปกติทางการได้ยิน จากการตรวจ OAE ครั้งที่ 2 คือ Apgar score (p-value = 0.093) โดยพบว่า กลุ่มที่ คะแนน Apgar score น้อย (มีภาวะขาดออกซิเจน) มีโอกาสที่ตรวจพบความผิดปกติทางการได้ยินมากกว่ากลุ่ม Apgar score ปกติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางการได้ยินจากการตรวจ Otoacoustic emissions (OAE) ครั้งที่ 1 และ 2

ปัจจัย	ผลการตรวจ OAE ครั้งที่ 1		p-value	ผลการตรวจ OAE ครั้งที่ 2		p-value
	ผ่าน (n=1,620)	ไม่ผ่าน (n=124)		ผ่าน (n=1,716)	ไม่ผ่าน (n=28)	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
เพศ			0.505*			0.903*
ชาย	825 (50.9%)	67 (54.0%)		878 (51.2%)	14 (50.0%)	
หญิง	795 (49.1%)	57 (46.0%)		838 (48.8%)	14 (50.0%)	
วิธีการคลอด			0.609*			0.408*
NL	614(37.9%)	52 (41.9%)		657 (38.3%)	9 (32.1%)	
C/S	988 (61.0%)	70 (56.5%)		1,040 (60.6%)	18 (64.3%)	
V/E	18 (1.1%)	2 (1.6%)		19 (1.1%)	1 (3.6%)	
คะแนน Apgar score ที่ 1 นาที			0.362**			0.093**
8-10 คะแนน	1,615 (99.7%)	123 (99.2%)		1,711 (99.7%)	27 (96.4%)	
4-7 คะแนน	5 (0.3%)	1 (0.8%)		5 (0.3%)	1 (3.6%)	
Mean±SD	9.18 ±0.45	9.14 ±0.45	0.339***	9.18 ±0.45	9.11 ±0.63	0.429***



ปัจจัย	ผลการตรวจ OAE ครั้งที่ 1		p-value	ผลการตรวจ OAE ครั้งที่ 2		p-value
	ผ่าน (n=1,620)	ไม่ผ่าน (n=124)		ผ่าน (n=1,716)	ไม่ผ่าน (n=28)	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
คะแนน Apgar score ที่ 5 นาที						
8-10 คะแนน	1,620 (100%)	124 (100%)		1,716 (100%)	28 (100%)	
Mean±SD	9.99 ±0.13	9.98 ±0.13	0.748***	9.99 ±0.13	9.96 ±0.19	0.329***
ภาวะแทรกซ้อน						
ไม่มี	757 (46.7%)	49 (39.5%)	0.121*	796 (46.4%)	10 (35.7%)	0.261*
มี	863 (53.3%)	75 (60.5%)		920 (53.6%)	18 (64.3%)	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)						
37 สัปดาห์ขึ้นไป	1,506 (93.0%)	112 (90.3%)	0.274*	1,593 (92.8%)	25 (89.3%)	0.450**
< 37 สัปดาห์	114 (7.0%)	12 (9.7%)		123 (7.2%)	3 (10.7%)	
Mean±SD	38.26 ±1.31	38.16 ±1.39		38.25±1.32	38.39±1.37	
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)						
<2,500 กรัม	138 (8.5%)	10 (8.1%)	0.437*	146 (8.5%)	2 (7.1%)	0.641**
2,500-4,000 กรัม	1,446 (89.3%)	109 (87.9%)		1,530 (89.2%)	25 (89.3%)	
>4000 กรัม	36 (2.2%)	5 (4.0%)		40 (2.3%)	1 (3.6%)	
Mean±SD	3,082.92±426.76	3,132.96±456.62		3,086.89±429.01	3,115.21±439.61	

* ทดสอบด้วย Chi-square test

** ทดสอบด้วย Fisher's Exact test

*** ทดสอบด้วย Student t-test

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาระยะการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกราย พบว่าทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (51.1%) คลอดด้วยวิธีผ่าคลอด C/S (60.7%) ส่วนใหญ่เป็นทารกปกติ (88.3%) มีคะแนน Apgar Score นาทีที่ 1 และ 5 เท่ากับ 8-10 คะแนน (99.7% และ 100%) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.26±1.28 สัปดาห์ (Min = 29, Max = 42) น้ำหนักแรกคลอด 3,086.47±429.01 กรัม (Min = 1,800, Max = 5,480) ผลการตรวจคัดกรองการได้ยิน OAE ครั้งที่ 1 ไม่ผ่าน จำนวน 124 ราย (7.1%) ส่วนใหญ่มีความผิดปกติทั้งสองข้าง จำนวน 73 ราย (58.9%) ผลการตรวจ OAE ครั้งที่ 2 ไม่ผ่าน จำนวน 28 ราย (24.3%) ส่วนใหญ่มีความผิดปกติทั้งสองข้าง จำนวน 12 ราย (42.9%) การศึกษาครั้งนี้ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผิดปกติทางการได้ยินจากการตรวจ OAE ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้ จะเห็นได้ว่า ความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองการได้ยินครั้งที่ 1 พบกลุ่มไม่ผ่านต้องนัดมาตรวจซ้ำจำนวน 124 คน และในการตรวจครั้งที่ 2 ลดลงเหลือ 28 คน ทั้งนี้เนื่องจากความผิดปกติจากการตรวจครั้งแรกเป็นความผิดปกติลวง (False-positive OAE) ซึ่งอาจเนื่องมาจากเกิดการมีน้ำคร่ำคั่งในหูชั้นกลาง จึงทำให้ผลการตรวจการได้ยินไม่ผ่านได้⁽¹⁶⁾

สำหรับในการศึกษานี้ จำนวนทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติทางการได้ยิน จากการตรวจครั้งที่ 2 คงเหลือ 28 ราย จากจำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด 1,744 ราย คิดเป็น 16.1 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดโดยใช้ OAE ของ รูปนีย์ แสตนพล และมณฑิรา ชาญณรงค์⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาในทารกแรกเกิด 1,952 ราย พบอุบัติการณ์ความผิดปกติทางการได้ยินจากการตรวจ OAE ครั้งที่ 2 จำนวน 88 รายคิดเป็น 45 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ และสูงกว่าการศึกษาอุบัติการณ์ของการสูญเสียการได้ยินในทารกตรวจคัดกรองด้วยเครื่องตรวจวัดเสียงสะท้อนจากหูชั้นใน ในทารกแรกเกิด 2,288 ราย พบความผิดปกติทางการได้ยิน 12 ราย คิดเป็น 5.24 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ⁽¹³⁾ และการศึกษาความถี่ของการเกิดความผิดปกติทางการได้ยินแต่กำเนิดในทารกแรกเกิด จำนวน 1,000 ราย พบอุบัติการณ์ความผิดปกติ 13 ราย⁽⁵⁾

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการได้ยินไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการตรวจ OAE ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยในส่วนของครั้งที่ 2 นี้กลุ่มที่ผลตรวจ OAE ไม่ผ่านมีเพียง 28 ราย ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์หาปัจจัย ซึ่งผลการศึกษาค้นหาความสัมพันธ์ดังกล่าว แตกต่างกับการศึกษาบทบาทของ OAE ในการประเมินการได้ยินในทารกแรกเกิดพบว่า คะแนน Apgar score ต่ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางการได้ยินของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และน้ำหนักแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางการได้ยิน⁽²²⁾ และแตกต่างจากการศึกษาของอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความผิดปกติทางการได้ยินของทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการได้ยิน จากการตรวจ OAE ครั้งที่ 1 พบว่า อายุครรภ์ น้ำหนักทารกแรกคลอด มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางการได้ยินจากการตรวจ OAE ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางการได้ยินจากการตรวจ OAE ครั้งที่ 2 พบว่า น้ำหนักทารกแรกคลอด มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางการได้ยินจากการตรวจ OAE ครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

อุบัติการณ์การเกิดความผิดปกติทางการได้ยินเป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด ดังนั้น การตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกรายจึงเป็นสิ่งสำคัญที่แพทย์ควรตระหนักและ



ให้ความสำคัญ เพื่อค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถตรวจคัดกรองเบื้องต้นได้ในทารกแรกเกิดตั้งแต่วันแรก โดยใช้เครื่องมือตรวจคลื่นสะท้อนเสียง (Otoacoustic emission) ซึ่งสามารถตรวจได้ง่ายและรวดเร็ว ถึงแม้การตรวจด้วย OAE จะตรวจพบ False positive ได้ในอัตราค่อนข้างสูง แต่ OAE เป็นเครื่องมือการคัดกรองเบื้องต้นที่ดีและคุ้มค่า ก่อนส่งตรวจยืนยันความผิดปกติทางการได้ยินด้วยวิธี Automated auditory brainstem response อีกครั้ง เพื่อให้การวินิจฉัยและดูแลรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับความผิดปกติทางการได้ยินของทารกแรกเกิด โดยเฉพาะกลุ่มที่ให้ผลบวกถาวร False positive OAE เพื่อติดตามพัฒนาการ และเพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดต่อไป
2. นำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกรายในโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยภาวะสูญเสียการได้ยินในทารกแรกเกิดได้ในระยะเริ่มต้น และวางแผนฟื้นฟูสภาพได้โดยเร็วส่งผลให้ทารกสามารถมีพัฒนาการที่ดีทั้งด้านภาษาและด้านอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลยางตลาด ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล และเผยแพร่ผลงานวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด ขอขอบคุณพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและสูติกรรมหลังคลอด รวมถึงพยาบาลคลินิกกุมารเวชกรรมที่มีส่วนในการช่วยเก็บข้อมูล จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics 2007; 120(4): 898-921.
2. Yoshinaga-Itano C, Sedey A, Coulter D, Mehl A. Language of early- and later- identified children with hearing loss. Pediatrics 1998; 102(5): 116-171.
3. Wroblewska-Seniuk KE, Dabrowski P, Szyfter W & Mazela J. Universal Newborn Hearing screening: Methods and Results, Obstacles and Benefits. Pediatr Res. 2017; 81(3): 415-22.



4. Kumar A, Gupta SC & Sinha VR. Universal hearing screening in newborn using otoacoustic emission and brainstem evoked response in Eastern Uttar Pradesh. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017; 69(3): 296-9.
5. Ahmed S, et al. Frequency of congenital hearing loss in neonates. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2018; 30(2): 234-6.
6. Khaimook W, Chayarpham S, Dissaneevate S. The high-risk neonatal hearing screening program in Songklanagarind Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand.* 2008; 91(7): 1038-42.
7. Nelson HD, Bougatsos C, Nygren P. Universal Newborn Hearing Screening: Systematic Review to Update the 2001 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Pediatrics* 2008; 122(1): 143-48.
8. Khaimook W, Chayarpham S, Dissaneevate S. The High-Risk Neonatal Hearing Screening Program in Songklanagarind Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand.* 2008; 91: 1038.
9. Tungvachirakul V, et al. Newborn hearing screening at Rajavithi Hospital, Thailand: hearing loss in infants not admitting in intensive care unit. *J Med Assoc Thai.* 2011; 94 (Supply 2): S108-12.
10. Kiatchoosakun P, Suphadun W, Jirapradittha J, Yimtae K, Thanawirattananit P. Incidence and risk factors associated with hearing loss in high-risk neonates in Srinagarind Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand.* 2012; 95(1): 52-7.
11. Colella-Santos MF, Hein TA, de Souza GL, do Amaral MI, Casali RL. Newborn hearing screening and early diagnostic in the NICU. *BioMed Research International.* 2014; 2014: 845308. doi: 10.1155/2014/845308.
12. Chareonsil R. Results of the Sawanpracharak Newborn Hearing Screening Program. *ChiangMai Medical Journal* 2015; 54(2): 81-8.
13. รุ่งกานต์ เพชรล้วน. อุบัติการณ์ของการสูญเสียการได้ยินในทารกตรวจคัดกรองด้วยเครื่องตรวจวัดเสียงสะท้อนจากหูชั้นใน โรงพยาบาลตะกั่วป่า. *Krabi medical journal* 2563; 3(1): 1-8.
14. Ezzeldin ZM, Sharaf E, Hamdy S & Abdelwahab Selim YA. Hearing screening in neonates with hyperbilirubinemia. *Int J Pediatr Otorhinopharyngol.* 2021; 142: 110591.



15. รูปนีย์ แสนพล และมณฑิรา ชาญณรงค์. อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความผิดปกติทางการได้ยินของทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2565; 36 (1): 11-21.
16. Schwarz Y, Kaufman GN & Daniel SJ. Newborn hearing screening failure and maternal factors during pregnancy. *Int J Pediatr Otorhinopharyngol* 2017; 103: 65-7.
17. World Health Organization. WHO global estimates on prevalence of hearing loss. [Internet] 2021 [Cited 2022 Aug 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>.
18. The Royal College of Pediatricians of Thailand & Pediatric Society of Thailand. Guideline in Child Health Supervision. [Internet]. 2021[Cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://www.thaipediatrics.org/?p=386>
19. Saeed H, Alirezea OM, Fatemeh R, The sensitivity and specificity of automated auditory brainstem response and otoacoustic emission in neonatal hearing screening: a systematic review. *Auditory and Vestibular Research* 2015. 24(3): 141-51.
20. Institute of Health Economic. The safety and efficacy/effectiveness of using automated testing devices for universal newborn hearing screening: An update. Alberta Canada; 2012.
21. Lwanga SK., And Lemeshow S., 1991. Sample Size determination in health studies: A practical manual. Geneva: W.H.O. p25-42.
22. Jadia S, Qureshi S, Raghuvanshi P & Sharma S. Role of otoacoustic emissions in hearing assessment of neonates: A prospective observation study. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2019; 71(Supply 2): 1187-89.
23. The Joint Committee on Infant Hearing. Year 2019 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *The Journal of Early Hearing Detection and Intervention* 2019; 4(2): 1-44



การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มใน โรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

DEVELOPMENT OF EXERCISE PROGRAM LOWER EXTREMITIES IN THE ELDERLY TO PREVENT FALL IN SAPPHAYA HOSPITAL CHINAT PROVINCE

Received: January 26, 2025

Revised: February 14, 2025

Accepted: February 23, 2025

อโนทัย สุมากรณ์^{1*}

Anothai Sumakorn^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา 1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการล้ม 2) เพื่อดูประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยใช้แบบทดสอบความถี่ของการล้ม Time up and go test-TUGT และความแข็งแรงกล้ามเนื้อขา five times sit to stand -FTSST กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงล้ม 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุเขาแก้วและกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมเป็นผู้สูงอายุโรงพยาบาลสรรพยา การดำเนินงานวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ประเมินสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม ระยะที่ 3 การสรุปผลและประเมินผล โดยใช้ TUGT และ FTSST ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณที่ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ Paired-T-test และ Independent T-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุอำเภอสรรพยามีอุบัติการณ์ล้มเพิ่มขึ้น และยังไม่มียโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ระยะที่ 2 สร้างโปรแกรมการออกกำลังกาย ระยะที่ 3 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่า TUGT และ FTSST ก่อนและหลังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.05$ แต่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ระยะเวลา TUGT และ FTSST ลดลงแตกต่างจากก่อนการได้รับ โปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$.

งานวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ต่อยอดพัฒนาเรื่องการป้องกันการล้มในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความแข็งแรง, โปรแกรมการออกกำลังกายป้องกันการล้ม

¹ สังกัดกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

Rehabilitation Department, Sapphaya hospital, Chaint Provincial Public Health Office

*Corresponding author E-mail: noonock261022@gmail.com



Abstract

This research and development were 1) Development of program to prevent fall 2) to access the effectiveness of the program by TUGT and FTSSST. The sample was specifically selected from elderly aged over 60 years screened for risk of falls. A total of 44 participants were 2 groups, one group to control group who lived in Khaokaew and experimental group received program who is Sapphaya. The research has 3 phases. Phase 1 Assess the situation and analyze the problem causes of falls. Phase 2 developed the program. Phase 3 assess to program by TUGT and FTSSST. Data analysis using content analysis for qualitative and quantitative data using Paired-T-test and Independent T-test with level of significance 0.05.

The result of phase 1 Elderly people in Sapphaya District increased incidence of falls and no have program for prevention falls. Phase 2 Created and developed lower extremities exercise program to increased muscle strength and decreased risk of falls. Phase 3 The result that before applying the program control group and experimental group TUGT and FTSSST not statistically different after the program the control group not different statistically $p\text{-value} = 0.05$. The experimental group decrease of timed in TUGT and FTSSST statistically different $p\text{-value} < 0.01$ Comparing between two groups in experimental group decrease of timed to TUGT and FTSSST difference control group statistically different $p\text{-value} < 0.01$.

Therefore, this research can be usefully and extend to develop fall prevention in elderly.

Keywords: elderly, Strength, Exercise Program for Fall Prevention



บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 ใน พ.ศ.2560 เป็นร้อยละ 27 ในปี 2563 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และคาดว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จำนวนผู้สูงอายุจะมีประมาณ 14.4 ล้านคน เป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายลดลงด้วย เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว การดึงตัวของกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น และความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว เป็นต้น⁽²⁾ ซึ่งการลดลงของสมรรถภาพทางกายเป็นสาเหตุทำให้ปัญหาเรื่องการล้มเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดทุพพลภาพ และการเสียชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในทุกๆ ปี ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 หรือประมาณ 3 ล้านคน ในประเทศไทยจะประสบเหตุพลัดตกหกล้ม⁽³⁾ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดทุพพลภาพ และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ

จากสถิติในปี 2565 ผู้สูงอายุของอำเภอสรรพยา มีจำนวน 9,703 คน พบว่า มีประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจำนวน 5,125 คน มีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มจำนวน 1,102 คน คิดเป็นร้อยละ 21.50 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินและร้อยละ 9.18 ของผู้สูงอายุทั้งหมดของอำเภอสรรพยา⁽⁴⁾ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เมื่อเก็บสถิติเรื่องข้อสะโพกหักในเดือนมกราคม-เมษายน 2567 ในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า มีจำนวน 14 คน หลังเกิดอุบัติเหตุการล้ม พบว่า อยู่ในภาวะติดเตียงจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 และเสียชีวิตจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 นอกจากนี้ หลังจากผู้สูงอายุล้มยังส่งผลให้เกิดสูญเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอาจจะกลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง เกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำงานวิจัยที่สามารถสร้าง และพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างที่มีความสำคัญต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดยมีกรอบแนวคิดที่ ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายที่เพิ่มตามอายุ ถ้าสามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างให้มีความแข็งแรง และสามารถทรงท่าทางทั้งอยู่นิ่ง เคลื่อนไหวได้ดี ความเสี่ยงในการล้มในผู้สูงอายุก็จะลดลง งานวิจัยครั้งนี้มีการปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมในทุกช่วง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและความเหมาะสมของผู้สูงอายุในพื้นที่ และสามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาต่อยอดไปใช้ในทุกชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลสรรพยาต่อไป

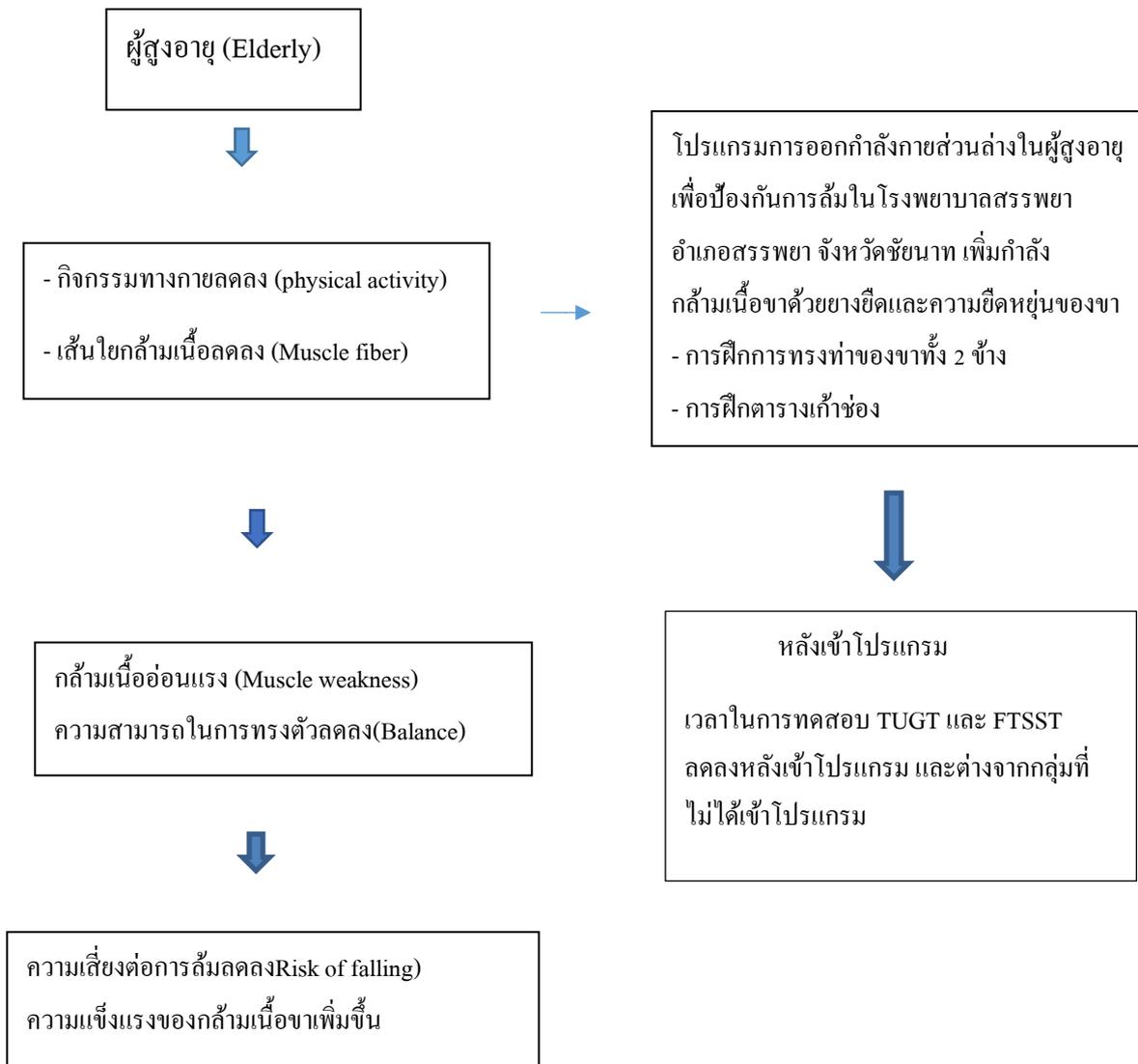
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท สามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาของผู้สูงอายุ



2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาล สรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท สามารถลดความเสี่ยงในการล้มของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา (Research and development) วงรอบที่ 1 โดยให้
ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนร่วมในการออกแบบโปรแกรมในครั้งนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ เพศชาย และเพศหญิง ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลสรรพยา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแก้ว กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมจีพาวเวอร์ (G*Power) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test; β) ที่ 0.8 ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Portable error; α) ที่ 0.05 ใช้ข้อมูลของการศึกษาของ ศศิวิมล วรรณพงษ์⁽⁵⁾ ปี 2564 เรื่อง การเปรียบเทียบโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้ม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มละ 17 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้น แต่ละกลุ่มจะมีจำนวนกลุ่มละ 22 คน รวมทั้งสิ้น 44 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมต้องอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ตามวิธีการประเมินดังนี้

2. ทดสอบการทรงตัว ได้คะแนนอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงหกล้ม ด้วยวิธี

2.1. การประเมิน TUGT⁽⁶⁾ คือ การเดินระยะทาง 3 เมตรไป-กลับ โดยให้ผู้ทดสอบเดินบนพื้นราบในอาคาร เป็นแนวเส้นตรงจับเวลาที่ใช้ในการเดิน 3 เมตร ไปและกลับ โดยต้องได้ค่า TUGT มากกว่า 12 วินาทีขึ้นไป

2.2. การประเมิน FTSSST⁽⁷⁾ คือ การลุกขึ้นยืนและลงนั่งจากเก้าอี้ จำนวน 5 ครั้ง โดยเริ่มจับเวลาเมื่อคนไข้ลุกขึ้นยืน นับ ครั้งที่ 1 ต่อเนื่องกัน 5 ครั้ง ต้องได้ระยะเวลามากกว่า 11 วินาที

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. เป็นโรคที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ เช่น โรคหัวใจที่ควบคุมไม่ได้ สัญญาณชีพไม่คงที่ เช่น มีการเต้นของหัวใจผิดปกติขณะพัก หรือความดันโลหิตขณะพักสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่สามารถออกกำลังกายได้

2. ไม่สามารถเดินเองได้อิสระ ต้องใช้เครื่องช่วยเดิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลทั่วไป

1.2 แบบบันทึกการประเมิน TUGT⁽⁶⁾ ได้ปรับปรุงพัฒนามาจากการวิจัยของ พุทธิพงษ์ พลคำฮัก

ในปี 2561 และ FTSSST⁽⁷⁾ ได้ปรับปรุงพัฒนามาจากการวิจัยของ พุทธิพงษ์ พลคำฮัก ในปี 2559

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 คู่มือปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท



2.2 แบบประเมินความสามารถในการเดินและการทรงตัว การประเมิน TUGT⁽⁶⁾ และแบบประเมินความแข็งแรงของข้อเท้า FTSST⁽⁷⁾ ผู้วิจัยปรับปรุงพัฒนาขึ้นเองตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความครอบคลุมความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) นำมาคำนวณค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 0.95 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85

2. แบบทดสอบความเสถียรของผู้สูงอายุ ได้แก่ TUGT และ FSST โดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้ผู้วัดคนเดียวซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดที่มีความเชี่ยวชาญตลอดการวิจัย โดยหาความเที่ยงตรงด้วยสถิติ Intraclass Correlation Coefficient 3,1 (ICC 3,1) = 0.81, 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาวิเคราะห์ หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลการประเมิน การวัดค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อเท้าด้วยแบบประเมินTUGT และการทดสอบ FTSST ก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้ สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญที่ p-value < 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท เลขที่รับรอง COA No.15/2567 REC No.015/2565E วันที่รับรอง 20 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า จากสถิติในปี 2566 ผู้สูงอายุของอำเภอสรรพยา มีจำนวน 9,703 คน พบว่า มีประเมินความเสถียรต่อการพลัดตกหกล้มจำนวน 5,125 คน มีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มจำนวน 1,102 คน คิดเป็นร้อยละ 21.50 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน และร้อยละ 9.18 ของผู้สูงอายุทั้งหมดของอำเภอสรรพยา⁽⁴⁾ ในการศึกษาในครั้งนี้ได้มีการ



รวบรวมความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทาง และสร้าง โปรแกรมที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ทั้งที่บ้านและชุมชน

ระยะที่ 2 การสร้างโปรแกรม จะมีการพัฒนาปรับปรุงในระหว่างการทำวิจัยเพื่อให้เกิดความเหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนได้มากที่สุด ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการประเมิน TUGT และ FTSST โปรแกรมดังกล่าวได้ปรับปรุงพัฒนามาจากการศึกษาของ ศศิวิมลวรรณพงษ์ และคณะ⁽⁵⁾ (2565) เรื่องการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่องต่อการเพิ่มความสามารถในการทรงตัว และโอโททัย สุมากรณ⁽⁸⁾ การออกกำลังกายแบบใช้ยางยืดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในระดับรุนแรงสามารถทำให้กล้ามเนื้อขาที่มีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น กลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม เป็นกลุ่มควบคุม จะได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันการล้มเบื้องต้นและการออกกำลังกาย กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม จะได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันการล้มเบื้องต้น และคู่มือในการฝึกพร้อมอธิบายโปรแกรมอย่างละเอียดระยะเวลา 8 สัปดาห์ และนำกลับไปปฏิบัติที่บ้าน เป็นจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และรวมกลุ่มกันเพื่อมาปรับยางยืดเพื่อเพิ่มความหนักและการออกกำลังกายแบบตาราง 9 ช่อง สัปดาห์ละ 1 วัน

สัปดาห์ที่ 1 การออกกำลังกาย ดังนี้

1. อบอุ่นร่างกาย (warm up) เดิน ประมาณ 5 นาที
2. ขึ้นออกกำลังกาย (exercise) การฝึกการทรงตัว มีที่จับป้องกันการล้มมี 3 ท่า ทำ 10 ครั้ง 3 รอบ คือ
 - ท่าที่ 1 การฝึกการต่อเท้าไปด้านหน้าแบบเต็มเท้า ทีละข้างสลับกัน แต่ละท่าค้างไว้

10 วินาที

ท่าที่ 2 เดินต่อเท้าไปด้านหลังแบบเต็มเท้า ทีละข้างสลับกัน แต่ละท่าค้างไว้ 10 วินาที

ท่าที่ 3 ยืนขาเดียวแบบเต็มเท้า ทีละข้างสลับกัน แต่ละท่าค้างไว้ 10 วินาที

การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา โดยการใช้ยางยืดในท่าอและเหยียดเข้า 10 ครั้ง ทำ 3 รอบ และทำขึ้นโดยการมีที่จับและทำการลุก-นั่ง เก้าอี้ 10 ครั้ง ทำ 3 รอบ

การฝึกตาราง 9 ช่อง (แบบรวมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ท่าที่ 1 การก้าวแบบขึ้นและลง การเดินขึ้น ลง จากตารางเลข 2 โดยเริ่มจากขาซ้ายตามด้วยขาขวาทั้งขึ้นและลงรอบที่ 2 สลับขาขวา ก่อนทั้งขึ้นและลง

3. ช่วง cool down หลังออกกำลังกายทุกขั้นตอนเสร็จแล้ว ผู้สูงอายุต้องมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกครั้ง

สัปดาห์ที่ 2 ทบทวนท่าฝึกจาก สัปดาห์ที่ 1 ปรับความหนักของยางยืด และเพิ่มท่าออกกำลังกาย

ดังนี้

ขึ้นออกกำลังกาย (exercise) การฝึกการทรงตัวเหมือนสัปดาห์ที่ 1 เปลี่ยนเป็นใช้สนับเท้า



การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา มีการปรับยางยืดให้เหมาะสมกับแต่ละคน มีการฝึกตาราง 9 ช่อง ท่าที่ 2 การก้าวแบบด้านข้าง เริ่มต้นด้วยการยืนทั้ง 2 ขา ที่ตารางหมายเลข 2 เริ่มจากก้าวขาซ้ายไปที่ตารางหมายเลข 1 และจากก้าวขาขวาไปที่ตารางหมายเลข 3 หลังจากนั้น ก้าวขาซ้ายกลับไปตารางหมายเลข 2 และจากก้าวขาขวาไปที่ตารางหมายเลข 2 โดยเริ่มจากขาซ้ายตามด้วยขาขวา รอบที่ 2 สลับขาขวาก่อน ทั้งขึ้นและลง

สัปดาห์ที่ 3 ทบทวนท่าฝึกจาก สัปดาห์ที่ 1 และ 2 ปรับความหนักของยางยืดและเพิ่มทำออกกำลังกาย

ขั้นออกกำลังกาย (exercise) การฝึกการทรงท่าโดยใช้ปลายเท้า

การฝึกตาราง 9 ช่อง ท่าที่ 3 การก้าวแบบทแยง เริ่มต้นด้วยการยืนด้วยขาซ้ายที่ตารางที่ 1 และขาขวาตารางที่ 3 เริ่มก้าวขาซ้ายไปตารางที่ 4 และตามด้วยขาขวา ต่อด้วยก้าวขาซ้ายไปที่ตารางหมายเลข 7 ขาขวาไปที่ตารางหมายเลข 9 แล้วก้าวขาซ้ายกลับลงมาที่ตารางหมายเลข 4 ขาขวามาที่หมายเลข 4 สุดท้ายก้าวขาซ้ายกลับลงมาที่ตารางหมายเลข 1 และขาขวาลงมาหมายเลข 3 ทำสลับขาซ้ายและขวาและขวา

สัปดาห์ที่ 4 ทบทวนท่าฝึกสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 ปรับความหนักของยางยืดและเพิ่มทำออกกำลังกาย

การฝึกตาราง 9 ช่อง ท่าที่ 4 การก้าวแบบสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด มีการฝึกตาราง 9 ช่อง เริ่มต้นด้วยการยืนด้วยขาซ้ายและขวาที่ช่อง ตารางหมายเลข 2 เริ่มก้าวขาซ้ายขึ้นไปตารางหมายเลข 4 ขาขวาตารางหมายเลข 6 จากนั้นก้าวขาซ้ายไปตารางหมายเลข 8 และขาซ้ายหมายเลข 9 ต่อไป ก้าวขาซ้ายลงมาที่ตารางหมายเลข 4 และก้าวขาขวามาที่ตารางหมายเลข 6 สุดท้ายก้าวขาซ้ายและขวามาที่ตารางหมายเลข 2 ทำสลับขาซ้ายและขวาและขวา

สัปดาห์ที่ 5,6,7 และ 8 ทบทวนท่าทั้งหมด เพิ่มจำนวนครั้งเป็น 15 ครั้งต่อรอบ และมีการทำตามจังหวะเพลงเมื่อฝึกตาราง 9 ช่อง หลังจากสัปดาห์ที่ 8 เมื่อทำกิจกรรมเสร็จ ผู้เข้าร่วม โปรแกรมจะได้รับการทดสอบความสามารถในการเดินและการทรงตัว ด้วยแบบประเมิน TUGT และ FTSST

กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (กลุ่มควบคุม)

สัปดาห์ที่ 1 ทดสอบด้วยแบบประเมิน TUGT และ FTSST ผู้เข้าร่วมจะได้รับความรู้เรื่องการพลัดตกหกล้มและการออกกำลังกายทั่วไป

สัปดาห์ที่ 8 ทดสอบด้วยแบบประเมิน TUGT และ FTSST

ระยะที่ 3 การประเมิน จากการใช้โปรแกรม พบว่า ผลจากการศึกษาและมีการปรับปรุงพัฒนางานตลอดระยะเวลาการทำวิจัย พบผลการศึกษา ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีผู้ร่วมวิจัย จำนวน 44 คน แบ่งเป็น



กลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมจำนวน 22 คน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจำนวน 22 คน ระยะเวลาในการศึกษาทั้งหมด จำนวน 8 สัปดาห์ ได้ข้อมูลในการศึกษา ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานคุณลักษณะทั่วไปของผู้ที่ได้รับ โปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่าง ในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท (n = 22) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n = 22) และค่า p-value ที่ได้จากการทดสอบทางสถิติ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	SD/ร้อยละ	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม	SD/ร้อยละ
อายุ	69	SD=4.75	67	SD=5.87
เพศ				
ชาย	8	36.37	6	27.27
หญิง	14	63.63	16	72.72
สถานภาพสมรส				
โสด	2	9.10	0	0.00
คู่	16	72.72	18	81.82
หม้าย	4	18.19	4	18.19

พบว่า อายุของทั้ง 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 50 ทั้งกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือด เป็นต้น

ตารางที่ 2 แสดงผลค่าเฉลี่ยก่อน-หลังของข้อมูลตัวแปรของการทดสอบ FTSSST และ TUGT ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n = 22) และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n = 22)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม	p-value
		mean ±SD	mean ±SD	
TUGT	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	17.09 ± 2.04	13.11 ± 1.69	< 0.01
	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม	17.00 ± 1.97	16.42 ± 0.98	> 0.05
FTSSST	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	18.35 ± 1.44	13.04 ± 1.29	< 0.01
	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม	18.67 ± 1.38	18.38 ± 0.98	> 0.05



ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมวิจัยไม่มีความแตกต่างกันเรื่องความเสี่ยงในการล้มและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในการทดสอบ TUGT และ FTSSST แต่หลังจากการเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระยะเวลาเฉลี่ยของการทดสอบ TUGT และ FTSSST ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและไม่ได้รับโปรแกรม ของค่าเฉลี่ยของข้อมูลตัวแปรของการทดสอบ TUGT และ FTSSST และการทดสอบการเสี่ยงล้ม

ตัวแปร	กลุ่ม	กลุ่มที่ได้รับ	กลุ่มที่ไม่ได้รับ	p-value
		โปรแกรม	โปรแกรม	
TUGT	ก่อนเข้าโปรแกรม	17.09 ± 2.04	17.00 ± 1.97	> 0.05
	หลังเข้าโปรแกรม	13.11 ± 1.69	16.42 ± 0.98	< 0.01
FTSST	ก่อนเข้าโปรแกรม	18.35 ± 1.44	18.67 ± 1.38	< 0.01
	หลังเข้าโปรแกรม	13.04 ± 1.29	18.38 ± 0.98	> 0.05

หลังจากการเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระยะเวลาเฉลี่ยของการทดสอบ TUGT และ FTSSST แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาในระยะที่ 1 ประเมินสถานการณ์ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีอัตราการล้มเพิ่มขึ้น บางรายยังไม่รู้วิธีในการป้องกันการล้ม และการออกกำลังกายที่ถูกต้องเพื่อผลเฉพาะที่ เช่น โปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ที่มีท่าทางที่เฉพาะ และสามารถนำไปใช้ในการออกกำลังกายที่บ้านหรือในชุมชนได้

จากการศึกษาในระยะที่ 2 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ออกแบบโปรแกรมการฝึกเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของขาซึ่งเป็นส่วนล่างในการควบคุมการเคลื่อนไหว เพื่อเป็นการป้องกันการล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุได้ทำตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลาต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การทดสอบความแข็งแรงด้วยการลุก-นั่ง 5 ครั้ง FTSSST จากงานวิจัยของ อโณทัย สุมากรณ์⁽⁹⁾ พบว่า ความน่าเชื่อถือของการวัดความแข็งแรงของขาในผู้ป่วย



ข้อเข่าเสื่อมรุนแรงมีความตรง และคลาดเคลื่อนน้อยเหมาะกับการนำวัดในผู้สูงอายุ และการทดสอบการทรงตัว เพื่อเป็นการทดสอบความเสถียรในการล้มด้วย TUGT มีการใช้เวลาที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} < 0.01$ ทั้งเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม ก็พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาโอโธทัย สุมากรณ⁽⁸⁾ พบว่า การออกกำลังกายแบบใช้ยางยืดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในระดับรุนแรงทำให้กล้ามเนื้อขาที่มีความแข็งแรงและการทำงานของร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ และปารีส พุฒนิขชัยศิริ และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อร่วมกับการฝึกการทรงตัวทำให้ความเสี่ยงในการล้มลดลงในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม พบว่า ค่า TUGT จาก 16.798 เป็น 14.80 ลดลง 2.18 วินาที และการทดสอบความแข็งแรงขา FST จาก 16.92 เป็น 9.98 ลดลง 6.94 วินาที ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบก่อนหลังและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชญานิษฐ์ เอี้ยวสกุล และคณะ⁽¹¹⁾ บัญญัติที่ทำให้มีความเสี่ยงล้มคือความแข็งแรงของต้นขาและการทรงตัวขณะเดิน และมโนชา พร้อมมูล⁽¹²⁾ พบว่า การฝึกแบบก้าวตารางส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัว จากการทดสอบ TUGT จาก 10.74 ลดลง เป็น 7.99 ลดลง 2.75 วินาที และในโปรแกรมในครั้งนี้ มีทั้งการฝึกการทรงท่าแบบ 9 ตาราง และเพิ่มการออกกำลังกายด้วยการใช้ยางยืด พบว่า การทดสอบ TUGT จาก 17.39 ลดลง เป็น 13.11 ลดลง 5.28 วินาที และการทดสอบความแข็งแรงขา FST จาก 17.09 เป็น 13.11 ลดลง 3.98 วินาที แต่เมื่อเปรียบเทียบงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีความแตกต่างทั้งก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการทรงตัวและการเพิ่มความแข็งแรงของขา สามารถลดอัตราความเสี่ยงล้มได้

จากการศึกษาในระยะที่ 3 จากข้อมูลผลการศึกษาและการพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า โปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท สามารถพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาส่วนล่างได้จริงจากค่าของการทดสอบ FTSSST และยังสามารถลดอัตราความเสี่ยงในการล้มจากแบบทดสอบ TUGT ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยทั้งหมดนี้ การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ซึ่งได้รวมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกาย มีช่วงการออกกำลังกายที่เน้น กล้ามเนื้อต้นขาทั้งในท่าที่ไม่มีการลงน้ำหนักที่ขาโดยการใช้น้ำหนักเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และการออกกำลังกายแบบลงน้ำหนักที่เท้าโดยการลุกนั่ง ทำให้ผู้สูงอายุเพิ่มความแข็งแรงของส่วนล่างได้อย่างเต็มที่ พร้อมผสมผสานการออกกำลังกายแบบการทรงท่า



คือ การย้ายน้ำหนักโดยการก้าวเท้าไปข้างหน้าข้างหลังด้านข้างเพื่อฝึกความแข็งแรง ทนทาน และความคล่องแคล่วของกล้ามเนื้อขา พร้อมทั้งมีการฝึกตารางเก้าช่องซึ่งเป็นกิจกรรมที่เน้นความสนุกสนานทำให้ผู้สูงอายุมาทำกิจกรรมร่วมกัน การศึกษาในครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด คือ การทำกิจกรรมสัปดาห์ละครั้งในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมมีความยากลำบากสำหรับผู้สูงอายุหากไม่คนส่งมาบางสัปดาห์ก็ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ ดังนั้น ในงานวิจัยครั้งต่อไป ต้องจัดกิจกรรมในชุมชนหรือต้องสร้างคนในชุมชน⁽¹³⁾ เพื่อให้จัดกิจกรรมร่วมได้เองในชุมชนจะทำให้กิจกรรมมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากขึ้น จุดเด่นของ งานวิจัยในครั้งนี้ คือ การออกกำลังกายที่มีความหลากหลาย และมีการเน้นการออกกำลังกายที่มีความสำคัญต่อการป้องกันการล้มให้แก่ผู้สูงอายุได้จริง และยังมีคู่มือที่มีรูปภาพและตัวหนังสือที่ชัดเจน ผู้สูงอายุจะได้นำกลับไปทำต่อเองที่บ้านเองได้ และยังสามารถชักชวนคนที่บ้านออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การนำงานวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ในชุมชน ต่อยอดไปถึงพัฒนาคนในชุมชนให้สามารถนำโปรแกรมการวิจัยไปขยายต่อในชุมชนของตนเอง
2. การพัฒนาติดตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อผลลัพธ์ของโปรแกรมที่จะมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความร่วมมือของผู้สูงอายุโรงพยาบาลสรรพยา และเขาแก้ว รวมทั้งญาติ เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพทุกท่านที่มีส่วนร่วมในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สำนักพิมพ์พรินเทอร์รี่; 2560.
2. กานดา ชัยภิญโญ. กายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ. นครนายก .ศูนย์กายภาพบำบัดและการเคลื่อนไหว คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2551.
3. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2566. กลุ่มติดตามและประเมินผล กองยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคดีไซน์; 2567.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. 2567.



5. ศศิวิมล วรรณพงษ์, เสาวนีย์ นาคมะเริง, สุรวดี เบนเน็ตต์, น้อมจิตต์ นวลเนตร. ผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการล้ม. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 310-316.
6. พุฒิพงศ์ พลคำฮัก, วินัฐ ดวงแสนจันทร์, อรุณรัตน์ ศรีทะวงษ์, ใหม่ทิพย์ ลีทธิตัน. การศึกษาค่าตัดแบ่งที่เหมาะสมของการทดสอบการทรงตัวแบบเคลื่อนที่ในการทำนายความเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุชุมชน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2561; 33(4): 334-8.
7. พุฒิพงศ์ พลคำฮัก, บุญสิตา สุวรรณกุล, อรุณรัตน์ ศรีทะวงษ์. ความเที่ยงตรงของการทดสอบลุกจากท่านั่งขึ้นยืน 5 ครั้ง สำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุชุมชน. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 2559; 49(2): 236-42.
8. อโณทัย สุมากรณ์, กนกวรรณ ศรีสุภกรกรกุล, ไชยรงค์ จรเกตุ. ความน่าเชื่อถือของการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้วยวิธีการทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้งในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(1): 381-387.
9. อโณทัย สุมากรณ์. ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่ออาการปวดและการทำงานของร่างกายในอาสาสมัครหญิงที่มีข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง. ปริญาวิทยาสาตรมหาบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
10. ปารีศ พุขพานิชย์ศิริ, สมพร สังข์รัตน์, ศิรินันท์ บริพันธ์กุล, ศศิภา จินาจัน, กัลยาพร นันทชัย, บุญชัยกมล เรืองรักเรียน. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการเดินและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารกรมการแพทย์ 2564; 46(4): 74-80.
11. ชญานิชฐ์ เอี้ยวสกุล และสายธิดา ลาภอนันตสิน. ปัจจัยเสี่ยงการล้มด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวขณะเดินในผู้สูงอายุวัยต้น เขตเทศบาลตำบลเสาชงหิน จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566; 32(6): 1000-10014.
12. มโนชา พร้อมมูล. ผลการออกกำลังกายแบบตารางก้าวเดินต่อความสามารถในการทรงตัวและการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติหรือบกพร่องเล็กน้อย. ปริญาวิทยาสาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย. คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
13. ภัณฑิลา ผ่องอำไพ, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, ศศิธร รุจนเวช. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวต่อความสามารถในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารแพทยนาวิ 2561; 45(2): 311-327.



การพัฒนา รูปแบบการจัดการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ในเขตชนบท อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

DEVELOPMENT OF HOUSING ENVIRONMENTAL MANAGEMENT MODEL OF THE ELDERLY IN RURAL AREAS, PHANOM DONG RAK DISTRICT SURIN PROVINCE

Received: December 18, 2024

Revised: February 07, 2025

Accepted: February 12, 2025

ชาตรี เชนดาม¹, สุรรัตน์ สืบสันต์¹, วิภาดา พนากอบกิต^{1*}

Chatree Cherdnam¹, Surcerat Suebsun¹, Wipada Panakobkit^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนา รูปแบบการจัดการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท ตำบลบักโค อำเภพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ มี 4 ขั้นตอน 1) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ชุมชน 2) กำหนดเครื่องมือวิจัย 3) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามผู้สูงอายุ จำนวน 319 คน 4) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมระดมสมองสนทนากลุ่ม จำนวน 26 คน ได้แก่ ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (CM) 1 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) 4 คน นักบริบาลผู้สูงอายุ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน คัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) ปรับพื้นทางเดิน ให้เรียบ ไม่ขัดมัน ไร้สิ่งกีดขวาง 2) ปรับสวิตช์เปิด ปิดไฟ ให้ใช้งานได้สะดวกปลอดภัย ให้แสงสว่างเพียงพอ 3) ห้องครัว จัดอุปกรณ์ เป็นหมวดหมู่ มีโต๊ะ เก้าอี้ นั่งรับประทานอาหาร 4) ห้องน้ำ ห้องส้วม เป็นคอนกรีตไม่ขัดมัน 5) สภาพแวดล้อมภายในบ้านมีช่องระบายอากาศถ่ายเทได้ดี 6) สภาพแวดล้อมภายนอกบ้านพื้นทางเดินเป็นระดับเดียวกัน

ดังนั้น ผู้สูงอายุ หรือ ผู้ให้การดูแล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุทั้งภายในบ้าน และนอกบ้านให้ปลอดภัย ป้องกันการพลัดตกหกล้ม

คำสำคัญ: พลัดตกหกล้ม, สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย, ผู้สูงอายุ

¹ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

Bachelor of Science Program in Public Health, Faculty of Science and Technology, Surindra Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: kittichada12@gmail.com



Abstract

This Participation Action Research (PAR) research aimed to develop a suitable housing environment management model for older people in rural areas of Bak Dai Subdistrict, Phanom Dong Rak District, Surin Province, was inducted four processes, 1) Meeting with community leaders 2) Determining research instruments 3) Collected quantitative data by questionnaire with 319 elderly 4) Collected qualitative data through in-depth interviews and group discussions with 26 sample include Care Manager; CM (1 sample), Elderly Caregivers; CG (4 sample), Elderly care workers (1 sample), and Village health volunteers (20 sample) we selected by purposive sampling. We analyzed data in terms of content, frequency distribution, and percentage.

The results found that the suitable housing environment management model for older people in rural areas consisted of 6 configurations. First: Adjust the walkway surface to be smooth, not polished, with no obstacles. Second: Adjust the switch system to turn on and off lights along the walkway to be convenient and safe and provide sufficient lighting. Third: organizing kitchen equipment and containers into categories, with tables and chairs for dining. Fourth: the bathroom and toilet unpolished concrete. Fifth: provide ventilation holes for easy ventilation inside the house. Sixth: the walkway area outside the house has no obstacles.

Therefore, older people, caregivers, and relevant agencies should prioritize creating a suitable housing environment for older people inside and outside the home to ensure their safety and prevent falls.

Keywords: Falling, Housing Environmental management model, Elderly



บทนำ

ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี ค.ศ.2020 โลกของเรามีประชากรรวม ทั้งหมด 7,795 ล้านคน โดยมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,050 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งในปี พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.5 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นจำนวน 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มอัตราเฉลี่ยร้อยละ 7 ต่อปี⁽¹⁾ การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในเรื่องต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2537 มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวเพียงร้อยละ 3.60 เท่านั้น ในปี พ.ศ.2564 หรืออีกประมาณ 30 ปีต่อมา สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 11.99 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเท่านั้น เป็นรูปแบบการอยู่อาศัยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วง 20 ปี จากที่เคยมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 16.98 ในปี พ.ศ.2545 ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 24.03 หรือประมาณหนึ่งในสี่ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด สุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในสามที่จะทำให้ประชากรสูงวัยอย่างมีพลัง จากการสอบถามผู้สูงอายุ ด้วยคำถามว่า “ในระหว่าง 7 วัน ก่อนการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าสุขภาพของตนเองไม่ดีหรือไม่ดีมาก มีแนวโน้มลดลงโดยตลอดในรอบ 27 ปีที่ผ่านมาจากร้อยละ 25.90 ในปี พ.ศ.2537 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 12.36 ในปี พ.ศ.2564⁽²⁾

จากรายงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านระบบ Health Data Center: HDC ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.30 โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.12 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 49.53 ปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 4.95 ภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 1.57 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 7.11 ภาวะหกล้ม ร้อยละ 4.92⁽³⁾ ประมาณหนึ่งในสามของผู้สูงอายุ โดยประมาณร้อยละ 50 มีประสบการณ์ตื่นลึ้มมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 40 ของการตื่นลึ้มทำให้กระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 20 ส่งผลให้เคลื่อนไหวไม่ได้ และคิดเพียงตามมา ปัจจัยการตื่นลึ้มมักเกิดขึ้นบริเวณที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะพื้นบริเวณรอบบ้านต่างระดับ ห้องน้ำ การขึ้นลงบันได⁽⁴⁾ จากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ มาตรการที่ 6 คือ การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย⁽⁵⁾ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย สายตาพร่ามัวจากภาวะเสื่อมตามวัย การทรงตัว และการเคลื่อนไหวที่ไม่มั่นคง ทำให้เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พิการ และอาจเสียชีวิต

ตำบลบักไดเป็นตำบลหนึ่งของจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นชุมชนชนบทที่อยู่ห่างไกล อยู่ติดเขตแดน ไทย-กัมพูชา เป็นหมู่บ้านขนาดเล็กตั้งเรียงรายตามเทือกเขาพนมดงรัก บ้านเรือนอยู่ห่างกัน เป็นป่า



สลับกับที่อยู่อาศัย จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุบ้านรุน ตำบลบักไค อำเภอนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ในปีพ.ศ.2562 พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.51 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.41 นอกจากนี้ เคยมีประสบการณ์การเดินล้มจากการใช้ชีวิตประจำวัน⁽⁶⁾ พักอาศัยอยู่ตามลำพังกับสามี ภรรยา บางรายอยู่กับบุตร หลาน สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย บริเวณบ้านเป็นพื้นดินต่างระดับ มีห้องน้ำ ห้องส้วมตั้งอยู่ห่างจากตัวบ้าน มีวัสดุ สิ่งของเครื่องใช้จัดวางไม่เป็นระเบียบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้⁽⁷⁾ จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท ให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนชนบท ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บในผู้สูงอายุได้ ซึ่งการพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดสุรินทร์นั้น สามารถใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท ตำบลบักไค อำเภอนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการวิจัย ดังนี้

ขั้นที่ 1 การกำหนดผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับชุมชน ประชุมร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักบริบาลผู้สูงอายุชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสนทนากลุ่ม

ขั้นที่ 2 กำหนดเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยการประชุมระดมสมองร่วมระหว่างทีมวิจัยกับผู้แทนชุมชน เพื่อกำหนดเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลทั่วไป และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ จำนวน 319 คน

ขั้นที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลทั่วไป และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ สำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ จำนวน 319 คน โดยทีมผู้วิจัยกับผู้แทนชุมชน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2564

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่ง 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณที่ไม่ซ้ำซ้อน เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ และ



ข้อมูลจากกระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา จากการจดบันทึกประเด็นสำคัญ และการถอดประเด็นจากเครื่องบันทึกเสียง โดยทีมผู้วิจัย

ขั้นที่ 5 การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยกระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 26 คน คือ กลุ่มผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) 4 คน นักบริหารผู้สูงอายุชุมชน 1 คน องค์กรบริหารส่วนตำบลบักได อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน มีการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยมีวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมวิจัย และผู้แทนบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท ดำเนินการเดือนกันยายน-ตุลาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ จำนวน 1,560 คน สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร⁽⁸⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 319 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีจับสลากตามรายชื่อผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านแบบไม่ใส่คืน กลุ่มที่ 2 บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรบริหารส่วนตำบล และบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive random sampling) จำนวน 26 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในตำบลบักได สำหรับประชุมระดมสมองการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ มี 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งรายได้หลัก ความเพียงพอของรายได้ การพักอาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และการเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรหรือชมรม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมี 13 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ ความเป็นเจ้าบ้าน ลักษณะที่พักอาศัย ราวยึดเกาะภายในและภายนอกบ้าน แสงสว่างภายในบ้าน ตำแหน่งที่นอน ลักษณะที่นอน ลักษณะการนอน โครงสร้างห้องน้ำ ห้องส้วม ลักษณะห้องน้ำ ห้องส้วม ราวยึดเกาะในห้องน้ำ ห้องส้วม แสงสว่างในห้องน้ำ ห้องส้วม ผ้าหรือพรมเช็ดเท้าหน้าห้องน้ำ ห้องส้วม



ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยมีแนวคำถาม คือ สภาพแวดล้อมในบ้านและนอกบ้าน ได้แก่ ห้องนอน ห้องพักผ่อน ห้องน้ำ ห้องครัว พื้นบ้าน ทางเดิน สภาพอากาศ ไฟส่องสว่าง สวิตช์เปิด-ปิดไฟ มีลักษณะเป็นอย่างไร ส่งผลเสียกับการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างไร เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ สำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus group) โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้าน การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ โดยผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพของเครื่องมือจาก ความเที่ยงตรงแบบสัมภาษณ์ ประมาณค่า IOC (Index of Item Objective Congruence)⁽⁸⁾ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน นำแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์หาค่า IOC ได้ค่า เท่ากับ 1.00 ซึ่งถือว่า แบบสัมภาษณ์นี้มีความเชื่อถือได้ สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลประยุกต์ใช้แบบตรงประเด็น (Thematic analysis)⁽⁹⁾ โดยมีขั้นตอนการแปล ความหมาย 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การแปลความหมายจากข้อมูลการจดบันทึกระหว่างการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการถอดจากเครื่องบันทึกเสียง 2) การกำหนดข้อมูลสำคัญ 3) การจำแนกกลุ่มข้อมูลสำคัญ 4) การแปลความหมายข้อมูล และ 5) ข้อสรุปของประเด็น โดยนำประเด็นที่ได้ไปยืนยันกับผู้ให้ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ เลขที่ HE641003 ลงวันที่ 2 กันยายน 2564

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุ จำนวน 319 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.5 มีอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 33.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.1 จบประถมศึกษา ร้อยละ 86.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 600-3,000 บาท ร้อยละ 87.1 แหล่งที่มาของรายได้ จากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 100 ความเพียงพอ ของรายได้ ไม่เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 43.3 พักอาศัยกับครอบครัว บุตรหลาน ร้อยละ 63.9 มีจำนวนผู้พักอาศัย จำนวน 2-5 คน ร้อยละ 83.4 มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 92.5 เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ร้อยละ 46.4 สภาพแวดล้อมที่พำนักอาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า มีความเป็นเจ้าบ้าน ร้อยละ 71.5 ลักษณะที่ พักอาศัยเป็นบ้านสองชั้น ร้อยละ 44.5 มีลักษณะโครงสร้างที่พำนักอาศัยเป็นแบบครึ่งปูนครึ่งไม้ ร้อยละ 45.8 มีราวยึดเกาะภายในและภายนอกบ้าน ร้อยละ 42.6 แสงสว่างภายในบ้าน เพียงพอ ร้อยละ 90.9



นอนชั้นล่าง ร้อยละ 86.5 ลักษณะที่นอน นอนกับพื้น ร้อยละ 62.4 ลักษณะการนอน นอนคู่ สามี ภรรยา ร้อยละ 43.5 โครงสร้างห้องน้ำ ห้องส้วม เป็นห้องเดียวกัน ร้อยละ 75.2 ไม่มีราวยึดเกาะในห้องน้ำ ห้องส้วม ร้อยละ 81.1 ลักษณะส้วม เป็นโถนั่งยอง ร้อยละ 46.4 แสงสว่างในห้องน้ำ เพียงพอ ร้อยละ 91.2 มีพรมหรือผ้าเช็ดเท้าหน้าห้องน้ำ ร้อยละ 78.7

การสัมภาษณ์เชิงลึกสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมในบ้านและนอกบ้าน ได้แก่ ห้องนอน ห้องพักผ่อน ห้องน้ำ ห้องครัว พื้นบ้าน ทางเดิน สภาพอากาศ ไฟส่องสว่าง สวิตช์เปิด-ปิดไฟ พบว่า ลักษณะที่พักอาศัยเป็นบ้านสองชั้น ภายในบ้านเป็นห้องรวมทั้งห้องนอน ห้องพักผ่อน กั้นห้องนอนกับห้องพักผ่อนด้วยตู้เสื้อผ้า หลอดไฟให้แสงสว่างภายในบ้านเพียงหลอดเดียวใช้ร่วมกัน ภายในตัวบ้าน มีแสงสว่างไม่เพียงพอ สวิตช์เปิด-ปิดไฟอยู่ใจกลางตัวบ้าน เป็นสวิตช์รวมกันกับเต้าเสียบปลั๊กไฟ ถ้าเปิดกลางคืนต้องคลำเปิดหรือใช้ไฟฉายส่อง มีโอกาสเสี่ยงต่อไฟดูด พื้นบ้านปูด้วยคอนกรีต บางหลังปูทับด้วยเสื่อน้ำมันบนพื้นดิน ห้องน้ำส่วนใหญ่เป็นห้องน้ำที่สร้างโดยโครงการของรัฐที่มีการปรับปรุงโครงการสุขภาพตำบล ตั้งอยู่ห่างจากตัวบ้าน บางห้องมีหลอดไฟส่องสว่าง บางห้องไม่มีหลอดไฟ ระหว่างทางเดินไปห้องน้ำไม่มีไฟฟ้าส่องสว่าง พื้นห้องน้ำเป็นพื้นคอนกรีตไม่ขัดมัน ระบายน้ำทิ้งไม่ดี มีตะไคร่น้ำ ไม่มีราวยึดเกาะ ถังน้ำก่อด้วยปูนคอนกรีตขนาดใหญ่ และมีความลึก โถส้วมเป็นโถนั่งยองสูงจากพื้นคอนกรีต บางหลังอยู่ในตัวบ้าน เป็นพื้นคอนกรีตขัดมันต่างระดับ ขรุขระ ห้องน้ำ และห้องส้วมเป็นห้องเดียวกัน ภายในบ้านอากาศถ่ายเทไม่ดี มีสิ่งกีดขวางช่องลมระบายอากาศ ไม่มีแสงตลอดทั้งวัน ห้องครัว ตั้งอยู่ด้านหลังนอกตัวบ้าน วางวัสดุ อุปกรณ์ไม่เป็นหมวดหมู่ พื้นห้องครัวอยู่ต่ำกว่าพื้นบ้านเป็นพื้นคอนกรีตขัดมัน บางหลังเป็นพื้นดินรองด้วยเสื่อน้ำมัน หรือปูด้วยไม้แผ่นกระดานต่างระดับ สวิตช์เปิด-ปิดไฟ อยู่ในมุมที่ไม่สะดวกต่อการใช้งาน และไม่ปลอดภัย สภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน เป็นพื้นดินต่างระดับ วางวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้ในครัวเรือนกีดขวางทางเดิน มีไม้ผล สวนยางพาราปลูกกลุ่มหนา มีพืช ผักสวนครัวโดยรอบของบ้าน

การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยกระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดสภาพสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้มีการนำเสนอรูปแบบเปรียบเทียบรูปแบบเดิม และรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งจะเห็นว่า รูปแบบเดิมมีลักษณะเป็นเชิงนโยบายหรือแนวทางการในการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่มีลักษณะกว้าง ไม่ชัดเจน จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะมีความเป็นรูปธรรมสามารถนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนชนบท ดังนี้



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างรูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ รูปแบบเดิมและรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
1. การกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	1. การปรับสภาพพื้นทางเดิน เป็นระดับเดียวกัน เรียบ ไม่ขรุขระ ไม่ชัน ไม่มีสิ่งกีดขวาง
2. จัดอบรมสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลหลัก เพื่อสร้างความตระหนักให้คุณค่ากับบุพการี รวมทั้งหลักการดูแลป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	2. การปรับระบบสวิตช์เปิด-ปิด ไฟ ระหว่างทางเดินที่สามารถใช้งานได้สะดวกและให้แสงสว่างที่เพียงพอต่อการทำกิจกรรมประจำวันทั้งภายในและภายนอกบ้าน
3. พัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care Givers : CG) นักบริบาลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชน	3. ห้องครัว เป็นพื้นที่สำหรับประกอบอาหาร และรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุบางคนเป็นผู้ประกอบอาหารให้สมาชิกในครอบครัว ควรจัดวางอุปกรณ์ ภาชนะ เป็นหมวดหมู่ อยู่สูงจากพื้นในระดับที่เหมาะสมช่วยลดการก้มเงย ป้องกันภาวะหน้ามืด เวียนศีรษะ มีไต่ะ เก้าอี้ สำหรับนั่งรับประทานอาหาร และควรตั้งอยู่ในตัวบ้าน
4. สร้างระบบส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สิทธิ และสวัสดิการต่างๆ ของผู้สูงอายุ	4. ห้องน้ำ ห้องส้วม ควรอยู่ในตัวบ้านและใกล้ที่นอนของผู้สูงอายุให้มากที่สุด พื้นห้องน้ำ ห้องส้วมเป็นคอนกรีตไม่ชัน ระดับเดียวกันทั้งหมด เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
5. ปรับสภาพแวดล้อมทั้งในบ้านและนอกบ้านให้ปลอดภัยและเหมาะสมกับการดำรงชีวิต	5. สภาพแวดล้อมภายในบ้านควรมีช่องระบายอากาศ ให้อากาศสามารถถ่ายเทได้สะดวก ช่วยส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ
	6. สภาพแวดล้อมภายนอกบ้านเป็นอีกพื้นที่หนึ่งสำหรับการพักผ่อน การทำกิจกรรมระหว่างวัน ควรจัดพื้นที่บริเวณบ้านพื้นทางเดินให้เป็นพื้นระดับเดียวกัน ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน ตัดแต่งกิ่งไม้ให้ไม่มีแสงสว่างส่องถึง



สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชนบท ดังนี้ 1) การปรับสภาพพื้นทางเดิน เป็นระดับเดียวกัน ให้เรียบ ไม่ขรุขระ ไม่ขัดมัน ไม่มีสิ่งกีดขวาง 2) มีระบบสวิตช์เปิด-ปิด ไฟ ระหว่างทางเดินที่สามารถใช้งานได้สะดวก ปลอดภัย และให้แสงสว่างที่เพียงพอต่อการทำกิจกรรมประจำวันทั้งภายในและภายนอกบ้าน 3) ห้องครัว จัดวางอุปกรณ์ ภาชนะ เป็นหมวดหมู่ อยู่สูงจากพื้นในระดับที่เหมาะสม มีโต๊ะ เก้าอี้ สำหรับนั่งรับประทานอาหาร และตั้งอยู่ในตัวบ้าน 4) ห้องน้ำ ห้องส้วม ตั้งอยู่ภายในตัวบ้านและใกล้ที่นอนของผู้สูงอายุ พื้นห้องน้ำ ห้องส้วมเป็นคอนกรีตไม่ขัดมัน ระดับเดียวกัน มีราวยึดเกาะ 5) สภาพแวดล้อมภายในบ้านมีช่องระบายอากาศให้อากาศสามารถถ่ายเทได้สะดวก 6) สภาพแวดล้อมภายนอกบ้านจัดพื้นทางเดินให้เป็นพื้นระดับเดียวกัน ไม่มีสิ่งกีดขวาง ตัดแต่งกิ่งไม้ให้ไม้มีแสงสว่างส่องถึง อยู่ห่างจากปรก มีอากาศถ่ายเทได้ดี

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนา รูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชนบท ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ นำผลการวิจัยมาอภิปรายผล ดังนี้

1. การปรับสภาพพื้นทางเดิน ให้เรียบ ไม่ขรุขระ ไม่ขัดมัน เป็นระดับเดียวกัน ไม่มีสิ่งกีดขวาง มีความปลอดภัย พื้นี่ที่ทุกส่วนภายในบ้านและภายนอกบ้าน ถือเป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุใช้ในการเดิน ประกอบกิจวัตรประจำวัน การมีพื้นทางเดินต่างระดับ อาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ การปรับพื้นที่ทางเดินให้เรียบ ไม่ขรุขระ เป็นระดับเดียวกันทำให้ผู้สูงอายุเดินประกอบกิจวัตรประจำวันได้สะดวก ไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ สอดคล้องกับการวิจัยของ จริยา อินทรรัศมี และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษากระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 ผลการศึกษา พบว่า พื้นทางเดินรอบบ้านเป็นดิน พื้นขรุขระ เป็นหลุมเป็นบ่อ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน สภาพพื้นทางเดินมีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ พบว่า การเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม แสดงให้เห็นว่า พื้นทางเดินต่างระดับ ขรุขระ เป็นหลุมเป็นบ่อ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน มีโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้อย่างมาก ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกในการสร้างพื้นที่ทางเดินภายในบ้านเป็นพื้นคอนกรีตไม่ขัดมัน ระดับเดียวกันทั้งตัวบ้าน ส่วนพื้นที่ทางเดินรอบบ้านส่วนใหญ่เป็นพื้นดินควรปรับให้เรียบ ไม่ขรุขระ ไม่เป็นหลุมเป็นบ่อ มีความกว้างเพียงพอต่อการเดินทำกิจกรรม และที่สำคัญไม่จัดวางวัสดุสิ่งของขวางเดินให้มีความปลอดภัยมากที่สุด เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา

2. การปรับระบบสวิตช์เปิด-ปิดไฟ การออกแบบวางระบบสวิตช์เปิด-ปิดไฟ สำหรับให้ผู้สูงอายุใช้งานได้สะดวกปลอดภัย ระหว่างทางเดินในบริเวณประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่



พื้นทางเดิน ห้องน้ำ ห้องส้วม ห้องครัว ทั้งภายในและภายนอกบ้าน ควรติดตั้งสวิตช์ เปิด-ปิดไฟ ระหว่างทางเดินที่สามารถใช้งานได้สะดวก ปลอดภัยและให้แสงสว่างที่เพียงพอ เนื่องจากผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีปัญหาเรื่องสายตา การทำกิจกรรมกลางคืนต้องอาศัยแสงสว่างที่เพียงพอ การติดตั้งระบบสวิตช์เปิด-ปิดไฟก็มีส่วนสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุใช้เปิด-ปิดไฟได้อย่างสะดวกทั้งก่อนและหลังการทำกิจกรรม จึงได้มีการออกแบบนวัตกรรมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้งานได้อย่างสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของ นิสาสล จันทระ และคณะ⁽¹¹⁾ การพัฒนาต้นแบบควบคุมหลอดไฟด้วยคำสั่งเสียง มีความเหมาะสมในการติดตั้งไว้บริเวณเตียงของผู้สูงอายุ ที่จะช่วยอำนวยความสะดวกในการเข้าห้องน้ำกลางคืนได้เป็นอย่างดี แสดงให้เห็นว่า การปรับปรุงระบบสวิตช์เปิด-ปิดไฟ ภายในบ้านและนอกบ้านที่สะดวกต่อการใช้งานเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมช่วงกลางคืนได้อย่างปลอดภัย

3. ห้องครัว ผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท ยังคงต้องประกอบอาหารรับประทานเองและดูแลสมาชิกในครอบครัว การออกแบบสร้างห้องครัว ต้องคำนึงความปลอดภัย ห้องครัวต้องอยู่ติดกับตัวบ้าน การจัดวางอุปกรณ์ ภาชนะเครื่องครัวเป็นหมวดหมู่ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการประกอบอาหารของผู้สูงอายุ นอกจากสถานที่ประกอบอาหารแล้ว ห้องครัวควรมีโต๊ะ เก้าอี้ สำหรับนั่งรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่จะนั่งรับประทานอาหาร โดยการปูเสื่อบนพื้นคอนกรีต ส่งผลให้การลุกนั่ง และการเคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก ดังนั้น การมีโต๊ะ เก้าอี้ นั่งรับประทานอาหารช่วยให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายในการหยิบ จับอาหาร และรับประทานอาหารได้สะดวกขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาตรี หอมเขียว และคณะ⁽¹²⁾ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า การพัฒนาอุปกรณ์หรือผลิตภัณฑ์เฟอร์นิเจอร์ประเภทโต๊ะ เก้าอี้ มีเบาะรองนั่งเพื่อสุขภาพถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุ ในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไทย เพื่อลดการบาดเจ็บได้

4. ห้องน้ำ ห้องส้วม ผู้สูงอายุใช้ในการประกอบกิจวัตรประจำวันทุกวัน การสร้างห้องน้ำ ห้องส้วม ควรสร้างให้อยู่ในตัวบ้าน การออกแบบลักษณะห้องน้ำ ห้องส้วมต้องมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่พื้นห้องน้ำเป็นพื้นคอนกรีต ไม่ขัดมัน ระดับเดียวกัน ต้องไม่มีน้ำขังเพื่อป้องกันตะไคร่น้ำ มีราวยึดเกาะ มีส้วมที่เป็นชักโครก มีระบบเปิด-ปิดไฟที่สะดวก ปลอดภัยให้แสงสว่างอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขสันต์ หอพิบูลสุข และคณะ⁽¹³⁾ ได้ศึกษาสถานสงเคราะห์คนชราอาคารเขียวต้นแบบตามหลักวิศวกรรมปัจจัยมนุษย์ ผลการศึกษา พบว่า สิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือ มีราวจับในห้องน้ำ ส้วมเส้นผ่าศูนย์กลาง 3-4 เซนติเมตร ความสูง 80 เซนติเมตร นอกจากนี้ สิ่งอำนวยความสะดวกที่มีความสำคัญสูงตามสถานที่ต่างๆ เป็นการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และการเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวก ช่วยในการทรงตัวขึ้น กับสถานที่ต่างๆ นอกจากนี้ การศึกษาของ วิสาชา ภูเจริญ และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดสิ่งแวดลอมโดยผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย ได้พบว่า ข้อมูลทางสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ



เกินกว่ากึ่งหนึ่ง มีลักษณะที่פקอาศัยควรให้ห้องน้ำ อยู่บริเวณที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าใช้ได้สะดวก ควรอยู่ในตัวบ้าน ในห้องน้ำควรมีราวยึดเกาะ

5. สภาพแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้าน การมีช่องระบายอากาศ ให้อากาศสามารถถ่ายเทได้สะดวก เป็นอีกจุดหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุในเขตชนบท จะใช้เวลาอยู่ในบ้านมากกว่าวัยอื่นๆ จากภาวะทางร่างกายที่เสื่อมถอย และมีโรคประจำตัวมีโอกาสเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น การออกแบบสร้างบ้านหรือการจัดบ้านให้มีอากาศถ่ายเทได้ดี มีแสงสว่างจากภายนอก มีอากาศถ่ายเทเย็นสบาย จะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงสภาพอากาศภายในและภายนอก อยู่ในช่วงเวลาของกลางวันหรือกลางคืน การตัดแต่งกิ่งไม้ให้มีแสงสว่างส่องได้ทั่วถึง มีอากาศถ่ายเทได้ดี ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวุฒิ จำปางาม⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม : สุขภาวะที่ดีในสังคมผู้สูงอายุ พบว่า การจัดสภาพแวดล้อมที่ดีให้ผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตได้สะดวก ช่วยลดการพึ่งพิงจากบุคคลอื่นได้ เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถทำได้ด้วยตนเองได้อย่างปลอดภัย สร้างความมั่นใจในตัวเองให้กับผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้สูงอายุหรือผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับการจัดสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านทั้งภายในและภายนอกบ้านให้ปลอดภัย เช่น พื้นสำหรับเดิน ห้องน้ำ ห้องส้วม ห้องครัว ไฟส่องสว่าง
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ สามารถไปเสริมสร้างพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น และลดการพลัดตกหกล้มที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากกองทุนสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ขอขอบพระคุณ ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นอาสาสมัครเก็บข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยจนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2563. [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1635826373-975_0.pdf



2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2565. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=40208>
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC); 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dopah.anamai.moph.go.th/web-upload/8x6b2a6a0c1fbc85a9c274e6419fdd6071/tinymce/KPI2564/KPI121/25640112111.pdf>
4. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. การรวบรวม การประมวลผลข้อมูลและจัดทำรายงานผลดำเนินงานเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท. [อินเทอร์เน็ต]. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย [เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://bsris.swu.ac.th/upload/311358.pdf>
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152309144546_1.pdf
6. วิทยา จันตุ. การพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์. สุรินทร์: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์; 2562.
7. องค์การบริหารส่วนตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์. บริบทพื้นที่ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://bakdai.go.th>.
8. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2553.
9. Omery A. Phenomenology: a method for nursing research. Adv Nurs Sci 1983; 5: 49-63.
10. จิรียา อินทรศรีสมิ และคณะ. กระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpci.anamai.moph.go.th/hl/res/ResFile/2560005002.pdf>



11. นิสาชล จนทะระ, ศิลป์ณรงค์ จวีพัฒน์, ชัมภิกา ตันตีสันติสม. การพัฒนาต้นแบบอุปกรณ์ควบคุมหลอดไฟด้วยคำสั่งเสียง. ใน : การประชุมวิชาการระดับชาติสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร; วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564; เข้าถึงได้จาก: <https://research.kpru.ac.th/research2/pages/filere/18672021-03-04.pdf>
12. ชาตรี หอมเขียว, สุรสิทธิ์ ระวังวงศ์, วรพงศ์ บุญช่วยแทน. การพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไทย. [อินเทอร์เน็ต]. สาขาวิศวกรรมอุตสาหกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://riss.rmutsv.ac.th/upload/doc/202309/jtWvyvrdUi89djdOQ70E/jtWvyvrdUi89djdOQ70E.pdf>
13. สุขสันต์ หอพิบูลสุข, อวิรุทธิ์ ชินสกุลจิตนิวัฒน์, พรศิริ จงกล, ณัฐจิตา เพชรประไพ, ปัทมา วาจามั่น. สถานสงเคราะห์คนชราอาคารเขียวต้นแบบตามหลักวิศวกรรมปัจจัยมนุษย์. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://hdl.handle.net/11228/4313>.
14. วิสาขา ภูเจริญ, ยลดา พงศ์สุภา, วิภาวรรณ เพ็ชรแย้ม, ภาณ วงศ์จันทร์, สิริสุดา หนูทิมทอง. การพัฒนารูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมโดยผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4783?locale-attribute=th>.
15. นันทวุฒิ จำปางาม. การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม: สุขภาวะที่ดีในสังคมผู้สูงอายุ. ว.วิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2564]; 13(2): 63. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/207877/144693>.



การพัฒนาการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ด้วยกระบวนการทางกายภาพบำบัด

PHYSICAL THERAPY DEVELOPMENT OF AN INTERMEDIATE CARE MODEL FOR STROKE : CHIANG YUEN MODEL

Received: November 21, 2024

Revised: January 12, 2025

Accepted: January 31, 2025

ณัชชวกร เกตุศิริ^{1*}, ภัศราภรณ์ จวบบุญ²

Natchawakorn Ketsiri^{1*}, Passaraporn Juaboon²

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการชั้นนี้ ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 31 ราย คำนวณโดยใช้ G-power แทนค่าตัวแปร โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่สอดคล้องกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง และศึกษาผลของการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยกระบวนการทางกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการฟื้นฟูด้วยโปรแกรมทางกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจง และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 6 เดือน ทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลพบว่า คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัด มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p\text{-value} = 0.00$ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด มีส่วนช่วยให้คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ สามารถนำโปรแกรมกายภาพบำบัด และระบบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะกลาง, กายภาพบำบัด, การฟื้นฟู, โรคหลอดเลือดสมอง

¹ กายภาพบำบัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

Physical Therapy, Chiangyuen Hospital, Maha Sarakham Province

² การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

Thai Traditional and Medicine, Chiangyuen Hospital, Maha Sarakham Province

*Corresponding author E-mail: natchawakorn.ksr@gmail.com



Abstract

This research is an action research. The sample group consisted of 31 stroke patients with the aim to study and develop a care process for intermediate stroke patients. A G-Power program base was used to analyze the relevant research. The sample group received rehabilitation with a specific physical therapy program and was followed up with a physical therapist at home for 6 months. The samples were assessed with a score assessment of daily living ability and self-help ability before and after receiving the rehabilitation program. Descriptive statistics and paired t-test statistics were used to analyze this study.

The result showed that the base line between two groups was not different. The score of daily living ability and self-help ability of the samples were significant at p-value = 0.00. This indicates that the specific physical therapy rehabilitation program does help improve the daily living ability and self-help ability. It also indicates appropriate and comprehensive physical therapy services will have a positive effect on the patient's quality of life in the future.

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

Keywords: intermediate care, stroke, physical therapy, rehabilitation



บทนำ

อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาสถิติย้อนหลังพบว่า ตั้งแต่ปี 2560-2565 มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 77 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน ปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 88 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในขณะที่เดียวกันจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับอัตราการเกิดโรคเช่นกัน โดยในปี 2560-2565 มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยทั้งประเทศ จำนวนร้อยละ 8.9 ปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 11.6 และปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.8 ตามลำดับ⁽¹⁾ สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในอำเภอเชียงยืน พบว่า ปี 2564 จำนวน 32 ราย ปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 36 ราย และปี 2566 จำนวน 71 ราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เช่น การเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ด้านการรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากได้รับการรักษาที่รวดเร็วสามารถลดอัตราการพิการ และเสียชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bett และคณะ⁽²⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยล้มเลือดอุดตันในสมอง หากได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมง สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ถึง 0.56 เท่า และจากการศึกษาของ Thasanapoonchai D⁽³⁾ พบว่า หากผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชม. สามารถลดภาวะทุพพลภาพได้มากถึง 1.5- 2.5 เท่านอกจากนี้ การฟื้นฟูและการรักษาทางกายภาพบำบัด เป็นสิ่งที่มีจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการศึกษาของ Cifu และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะ acute phase และได้รับการฟื้นฟูตามระบบอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการติดตามตั้งแต่ระยะ acute phase ดังนั้นการกายภาพบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันแนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในไทย เป็นแนวทางการฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ โดยเริ่มฟื้นฟูตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งถูกจำหน่าย และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูต่อเนื่อง โดยหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูคือการใช้กระบวนการทางกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้องอาศัยความรู้และความชำนาญของนักกายภาพบำบัด แต่เนื่องด้วยทรัพยากรบุคคลที่มีจำกัด ทำให้หลายพื้นที่ที่นักกายภาพบำบัดไม่สามารถติดตามฟื้นฟูภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ อำเภอเชียงยืนเป็นอำเภอขนาดเล็ก มีโรงพยาบาลเชียงยืนเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ มีทีมสหวิชาชีพที่พร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดำเนินงานที่ผ่านมา ยังขาดการประสานงาน และขาดการวางแผนการทำงานร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างรวดเร็วและทั่วถึง ในด้านกายภาพบำบัดยังขาดการวางแผนที่เฉพาะเจาะจงในการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ และขาดการติดตามเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และโปรแกรมกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้หลักการ motor re-learning ฝึกการ



เรียนรู้ของสมองซ้ำๆ ในรูปแบบปกติ เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมและทั่วถึง อีกทั้ง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจงอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง
2. เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจงต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁽⁵⁾ ประกอบด้วย การดำเนินการ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) : ประชุมทีมวิจัยหาแนวทางในดำเนินงาน ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษาคู่มือการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางและจัดทำแผนฟื้นฟู 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) : จัดทำแผนการรักษา และออกเยี่ยมบ้านตามแผน โดยให้บริการฟื้นฟูด้วยวิธีกายภาพบำบัด 3) สังเกตการณ์ (Observation) : ประเมินคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย Barthel index , ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้วยแบบประเมิน (Palliative Performance Scale) ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมชนและประเมินเดือนระยะเวลา 6 เดือน 4) สะท้อนกลับ (Reflection) : สะท้อนกลับกระบวนการและปัญหาที่พบในการดำเนินงานต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และอาสาสมัครสาธารณสุข นำข้อมูลมาปรับปรุงแผนการปฏิบัติงานรวมการพัฒนาทั้งระบบ 3 วนรอบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยชิ้นนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ตั้งแต่ ตุลาคม 2566-มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มจับสลาก จำนวน 31 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G power กำหนดค่า effect size = 0.8, ค่า $\alpha = 0.05$, ค่า power = 0.9 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 28 คน และเพื่อป้องกันการผิดพลาดได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 จึงมีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 31 คน ทำการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

- เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง
2) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเชียงใหม่ 3) มีคะแนน Barthel index < 15



เกณฑ์การคัดออก เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำหรือย้ายภูมิลำเนาออกจากอำเภอเชียงใหม่ และไม่สามารถเข้าร่วมรับการรักษาทางกายภาพบำบัดตามระยะเวลาที่กำหนดได้

ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลโดยศึกษาจากเวชระเบียน ข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ร่วมกับสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลาง ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาล เกษัชกร จิตวิทยา นักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองท้องถิ่น ได้แก่ ฝ่ายบริการสาธารณสุข ตัวแทนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเชียงใหม่ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาระบบการฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะกลาง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามคุณสมบัติ โดยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย โดยจัดทำ discharge plan ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภูมิลำเนาในเขตรับผิดชอบของอำเภอเชียงใหม่
2. จัดทำแผนและแนวทางในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังถูกจำหน่าย โดยติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน-1 ปี ขึ้นกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และจัดทำระบบส่งต่อข้อมูลตั้งแต่ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใน (IPD) จนกระทั่งเป็นผู้ป่วยนอก (OPD) โดยเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์ และ Google sheets ระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประจำพื้นที่ของผู้ป่วยนั้นๆ

3. ให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยอาศัยการกายภาพบำบัดพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นหลัก ใช้เวลา 30 นาทีต่อครั้ง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และรับสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อติดตามผู้ป่วย แก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยจัดโครงการอบรมให้ความรู้และเพิ่มทักษะการติดตาม และการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น

ระยะที่ 3 การสะท้อนผลลัพธ์จากการดำเนินการในระยะที่ 2

โดยการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการ นำมาพัฒนาปรับปรุงกระบวนการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางมากยิ่งขึ้น โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำมาพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเฉพาะเจาะจง ดังนี้

- 1) การจัดทำทางกระตุ้นกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว
- 2) กระตุ้นการเคลื่อนไหวด้วยเทคนิค Sensory and Motor relearning
- 3) Essential movement function training
- 4) Passive ROM
- 5) สอนการเคลื่อนไหวบนเตียง



6) ฝึกการเคลื่อนย้ายตัว

7) กระตุ้นการทรงตัวในท่านั่ง ทำขึ้น และทำเดิน ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย

8) การเดินด้วยไม้เท้าพยุงเดิน

จากนั้นได้ประเมินค่า Barthel index และค่า Palliative Performance Scale บันทึกข้อมูลเก็บไว้
ระยะที่ 4 การคงไว้ซึ่งการดำเนินงานตามการพัฒนา โดยติดตามตัวชี้วัดเป็นจำนวนผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลติดตามการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากจำหน่าย และ
ค่าความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Palliative Performance Scale) รวมถึงค่าความสามารถ
ในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ตามรูปที่ 1 จากนั้นประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน
ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

- ประเมินผลด้านระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ประเมินผลแนวทางปฏิบัติในการรักษาทางกายภาพบำบัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกประวัติข้อมูลพื้นฐานที่มารับการรักษาที่
งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเชียงใหม่

2. แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยประเมินจากแบบ
ประเมินดัชนีบาร์เซล (Barthel index) ที่ปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ⁽⁶⁾ จาก Barthel
ADL Index ของ Mahoney และ Barthel⁽⁷⁾ เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน (Barthel index) มี 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม
แปรงฟัน โกนหนวด 3) การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่
ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุม
การขับถ่ายอุจจาระ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน (การแปลผล 0-4
คะแนน ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์, 5-8 คะแนน ภาวะพึ่งพารุนแรง, 9-11 คะแนน ภาวะพึ่งพานกลาง
และ 12-20 คะแนน ไม่เป็นที่พึ่งพา)

3. แบบประเมินระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Palliative Performance Scale)⁽⁸⁾
การประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง Palliative Performance Scale (PPS) ประเมินตาม
5 หัวข้อหลัก 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 2) กิจกรรมและความรุนแรงของโรค 3) การดูแล
ตนเอง 4) การรับประทานอาหาร 5) ระดับความรู้สึกตัว โดยแบ่งออกเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ระดับ PPS
100% -0% แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ 1) ระยะคงที่มีค่า PPS = 70- 100 % 2) ระยะเปลี่ยนผ่าน
มีค่า PPS = 40-60 % 3) ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต มีค่า PPS = 0- 30%

4. แนวปฏิบัติการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำหลักการที่มีอยู่
แล้วมาประยุกต์ใช้แบบเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย โปรแกรมฟื้นฟูกายภาพบำบัด



1) การจัดท่า 2) กระตุ้นการเคลื่อนไหวผู้ป่วยด้วยเทคนิค Sensory and motor relearning 3) Essential movement function training 4) Passive ROM 5) สอนการเคลื่อนไหวบนเตียง 6) ฝึกการเคลื่อนย้ายตัว 7) กระตุ้นการทรงตัวในท่านั่ง ทำยืน และทำเดิน ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย 8) การเดินด้วยไม้เท้าพยุงเดิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ การดูแลผู้ป่วยระยะกลางและระยะสุดท้าย จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาทำการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.95

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกัน จำนวน 10 คน แล้วนำปัญหาอุปสรรคที่พบมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว
 2. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Palliative Performance Scale) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัด ด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงใหม่ อนุมัติผ่านจริยธรรมการวิจัย เลขที่ CY 2/2566 ลงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยได้สรุปการวิจัยภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง และปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างวิจัย

ผลการวิจัย

1. ด้านการพัฒนา 1) เกิดคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงใหม่ ภาคท้องถิ่น โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข 2) เกิดอาสาสมัครดูแลและติดตามผู้ป่วย อันเป็นผลมาจากการจัดอบรมและเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นอีกหนึ่งกลไกที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่ครอบคลุม 3) เกิดระบบการส่งต่อ



ข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องจากผู้เกี่ยวข้อง 4) เกิดแนวปฏิบัติทางกายภาพบำบัดต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่ชัดเจนและครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วยที่สามารถช่วยพัฒนาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยได้ 5) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้รับการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 100

2. ด้านผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 31 คน ที่ได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัดมีข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 ราย

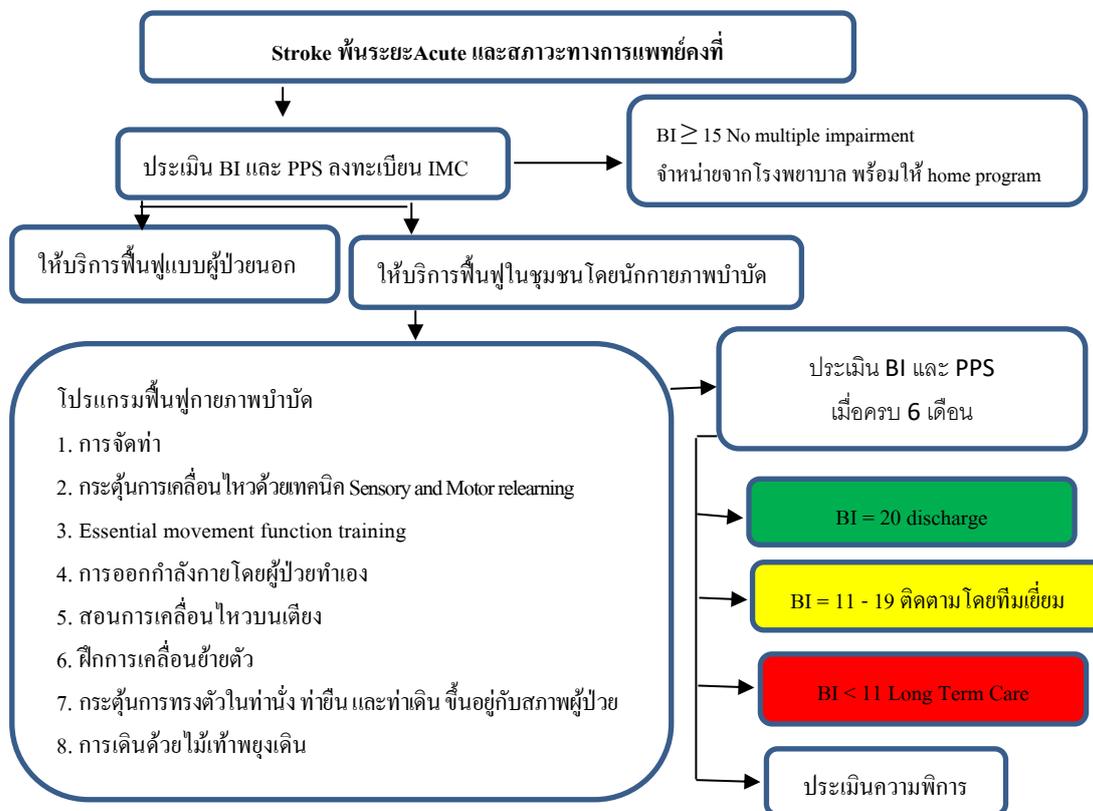
ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	14	45
หญิง	17	55
รวม	31	100
2. อายุ		
ต่ำกว่า 40 ปี	3	9.6
40-50 ปี	16	51.6
50-60 ปี	8	25.8
60 ปีขึ้นไป	4	13
รวม	31	100
3. ประเภทของอาการหลอดเลือดสมอง		
หลอดเลือดตีบ-ตัน	28	90.3
หลอดเลือดแตก	3	9.7
รวม	31	100

หลังกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจง เป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงค่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel index) และระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale) เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด

ข้อมูล	mean	Std deviation	Sig
- ค่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	11.806	3.859	0.00
- ค่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	52.581	11.538	0.00



รูปที่ 1 แสดงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเชียงใหม่

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง หลังได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัดแบบเฉพาะเจาะจง ภายใน 6 เดือน มีค่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น $p\text{-value} = 0.000$ และระดับ



ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ลดลงที่ $p\text{-value} = 0.000$ เช่นกัน

2. การร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ มีการส่งต่อข้อมูล ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ครอบคลุม

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในงานวิจัย เป็นประชากรในเขตรับผิดชอบของอำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ภายหลังจากจำหน่ายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพ และได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยร้อยละ 30 มีค่าความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้น ผู้ป่วยร้อยละ 70 ยังมีภาวะพึ่งพิง จึงต้องมีการทบทวนแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมกับปัญหาผู้ป่วยกลุ่มนี้ และภายหลัง 6 เดือนหลังเข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ผู้ป่วยร้อยละ 100 มีค่าความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้น ทั้งหมดสอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ ฌรัฐเศรษฐ์ มณีนากร⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า ช่วงระยะเวลาที่ดีที่สุดในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภายใต้วงเวลา 6 เดือน นับตั้งแต่เกิดโรค

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ ได้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งถูกจำหน่ายและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยการร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เกิดเป็นกลไกในการติดตามข้อมูลและความสามารถของผู้ป่วยหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลแบบบูรณาการตั้งแต่เริ่มเป็นโรค จนกระทั่งกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน ส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจรงค์ ศรีสุระ⁽¹⁰⁾ ที่ว่าการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรทำอย่างสม่ำเสมอ โดยในช่วง 4 เดือนแรกจะเป็นช่วงที่ค่าความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันจะพัฒนาได้อย่างรวดเร็วที่สุด การศึกษาของ วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจิรา จันทร์หอม และเสถียรพงษ์ ศิวินา⁽¹¹⁾ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า รูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสมกับบริบท และพื้นที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติแล้วส่งผลให้บรรลุเป้าหมายช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น⁽⁴⁾ การศึกษาของ ศิริพร เผ่าภูธร⁽¹²⁾ พบว่า หลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ เขมภักดิ์ เจริญสุขศิริ และสิริพิชญ์ เจริญสุขศิริ⁽¹³⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ดังนั้น การจัด



แนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพของ เฟียงเพ็ญ บุญมาธรรม⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ในทุกระดับของการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนอย่างยั่งยืน

จากการศึกษา พบว่า ภายหลังจาก 6 เดือน ผู้ป่วยมีค่าความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Palliative Performance Scale) และค่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแนวปฏิบัติทางกายภาพบำบัดพัฒนาครอบคลุมด้านการฝึกการเคลื่อนไหว การทรงตัว การทำกิจวัตรประจำวัน โดยกระตุ้นผ่านทั้ง sensory และ motor input ในระยะเวลาที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiaowei Chen⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า sensory input มีผลต่อการทำ motor function เพราะเป็นแทรกแรกที่ส่งสัญญาณจากสภาพแวดล้อมภายนอกเข้าสู่ระบบสมองส่วนกลาง เพื่อให้สมองวิเคราะห์และประมวลผลและสั่งการให้ร่างกายตอบสนองกลับ และจากการศึกษาของ Mouawad และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาเรื่องการฝึกผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ ด้วยเทคนิค wii-base พบเห็นไปในทางเดียวกันว่า การพัฒนาความสามารถในการทำฟังก์ชันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้ผลดี เมื่อมีการพัฒนาทั้ง sensory และ motor ในระยะเวลาและความถี่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ สายใจ นกหนู, จุฑามาศ ทองบุญ และมณีภรณ์ บกสวัสดิ์⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ในการทำกายภาพบำบัดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า การให้โปรแกรมความรู้และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และต่อเนืองหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้สามารถเพิ่มความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติได้ การศึกษาของรัชฎลักษณ์ ขวัญสนิท⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า การพัฒนาระบบ sub-acute rehabilitation ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังจำหน่ายมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนจำหน่าย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นรูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในพื้นที่อื่นได้ ปรับใช้ตามบริบทสภาพของพื้นที่
2. ผลการวิจัยนำมาเป็นข้อมูลกำหนดคน โยบาย และวางแผน โครงการ เกี่ยวกับการดูแลการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยได้ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยใช้โปรแกรมฟื้นฟูระยะกลาง



3. โรงพยาบาลที่รับผิดชอบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางควรกำหนดความถี่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มากขึ้น และกำหนดแนวทางการให้ความรู้เรื่องกระบวนการฟื้นฟูตัวและโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจต่อการนำไปปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมัลลิกา ภิรมย์บุญ นักกายภาพบำบัด จากโรงพยาบาลนาเชือก ในการวิเคราะห์ทางสถิติ ให้คำปรึกษาในการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ขอขอบคุณชาทัส สวัสดิกุล นักกายภาพบำบัด จากโรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณภัศราภรณ์ จวบบุญ แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเชียงใหม่ ที่ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ขอขอบคุณทีม IMC ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงใหม่ และกลุ่มตัวอย่างวิจัยทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณชยกร เกตุสิริ และครอบครัวที่คอยห่วงใยให้การสนับสนุน และเสริมสร้างกำลังใจ ทำให้การทำวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of disease control. Division of Non - Communicable Diseases. Ministry of Public Health. [Internet]. Thaincd.com. [cited 2022 May 23]. Available from: <http://thaincd.com/2016/mission/documents>
2. Betts KA, Hurley D, Song J, Sajeev G, Guo J, Du EX, et al. Real-world outcomes of acute ischemic stroke treatment with intravenous recombinant tissue plasminogen activator. *J Stroke Cerebrovasc Dis* [Internet]. 2017 [cited 2022 May 16]; 26(9):1996–2003. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28689999>
3. Thasanapoonchai D. Stroke signs of the risk of paralysis. [Internet]. 2017 [cited 2022 May 23]. Available from: <http://www.sikarin.com/content/detail/131/stroke>
4. Cifu D., Stewart D.G. Factors affecting functional outcome after stroke: A critical review of rehabilitation interventions. *Arch. Phys. Med. Rehabil* 1999;80:S35–S39. doi: 10.1016/S0003-9993(99)90101-6.
5. Kemmis, S., & McTaggart, R. *The action research planner* (3rd ed.). Geelong: Deakin University; 1988.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541: 85-6.



7. Mouawad MR, Doust CG, Max MD, et al. Wii-based movement therapy to promote improved upper extremity function post-stroke: a pilot study. *J Rehabil Med* 2011; 43: 527-33.
8. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th>
9. ณัฐเศรษฐ มณีมนากร. เวชศาสตร์ฟื้นฟู: ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง. *ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา*; 2551: 30-6.
10. เบญจรงค์ ศรีสุระ. กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษา. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม* 2562; 16(3): 72-82.
11. วีระศักดิ์ รัตนชัยฤทธิ์, รุจิรา จันทร์หอม, เสถียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนารูปแบบการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) จากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2565; 2: 119-32.
12. ศิริพร เผ่าภูธร. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 2566; 1: 311-23.
13. เขมภักดิ์ เจริญสุขศิริ, ลีริพิชญ์ เจริญสุขศิริ. คุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. *Journal of Associated Medical Sciences* 2560; 3: 516-24.
14. เพียงเพ็ญ บุญมาธรรม. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติดอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 2566; 8: 37-41.
15. Xiaowei Chen, Fuqian Liu, Zhaohong Yan, Shihuan Cheng, Xunchan Liu, He Li, Zhenlan Li. Therapeutic effects of sensory input training on motor function rehabilitation after stroke, *Medicine* 2018 Nov 30; 97(48): e13387.
16. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14: 61-65.
17. สายใจ นกหนู, จุฑามาศ ทองบุญ, มณีภรย์ บกสวัสดิ์. การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ในการทำกายภาพบำบัดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2560; 31: 667-76
18. ธัญลักษณ์ ขวัญสนิท. ผลการพัฒนาระบบฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub-acute rehabilitation) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2560; 31: 723-32.



พฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 10
EARLY CHILD PARENTING BEHAVIOR OF CAREGIVER
IN THE AREA HEALTH REGION 10

Received: November 29, 2024

Revised: February 14, 2025

Accepted: March 14, 2025

สุพัตรา บุญเจียม^{1*}, นิตยา พรรณภาพ¹

Supattra Boonjeam^{1*}, Nittaya Pannaphop¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 10 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูกับพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็ก 460 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.7 อายุเฉลี่ย 44.9 ปี อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี พฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 10 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดู มี 2 ปัจจัย คือ 1) ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู (AOR = 2.1; 95%CI: 1.16 to 3.64; p-value = 0.013) และ 2) การอาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็ก (AOR = 1.6; 95%CI: 1.19 to 2.99; p-value = 0.025) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูที่เหมาะสมต้องส่งเสริมให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน เด็กได้อยู่กับบิดามารดา และส่งเสริมโอกาสทางการศึกษาให้ผู้เลี้ยงดูได้มีระดับการศึกษาสูงที่สุด เพื่อนำความรู้มาเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ซึ่งสามารถสร้างพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสมแก่ผู้เลี้ยงดูได้

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย, ผู้เลี้ยงดู, พฤติกรรมการณ์เลี้ยงดู

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Registered Nurse (Professional level) Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

*Corresponding author E-mail: supattra4422@gmail.com



Abstract

The purposes of this Cross-sectional analytical study research were to study situation early child parenting behavior of caregivers in the area health region 10 and the association among factors of socio-demographic characteristics with early child parenting behavior of caregiver. Data collection was done by using interview to collect data from 460 children's caregiver. The data were analyzed by multiple logistic regression.

The results revealed that situation early child parenting behavior of caregiver in the area health region 10, Thailand showed that caregivers was female 91.7%, average age was 44.9 years with a range of 15-80. Early child parenting behavior of caregivers was in moderate level at 51.3%. Factors associated with early child parenting behavior of caregiver were appeared of 2 factors as: 1) educational level of the caregiver (AOR = 2.1; 95%CI: 1.16 to 3.64; p-value = 0.013) and 2) living with parent of child (AOR = 1.6; 95%CI: 1.19 to 2.99; p-value = 0.025) Therefore, to enhance the caregiver parenting behavior in regarding the raising of childhood must encourage family to live together and promote educational opportunities for caregivers to have the highest level of education in order to bring knowledge to care for early childhood children which can create appropriate early child parenting behavior for caregivers.

Keywords: Early childhood, Caregiver, Parenting Behavior



บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรสำคัญของสังคม ต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม เด็กเป็นอนาคตที่สำคัญของประเทศเปรียบเสมือนการลงทุนทางสังคมเพื่ออนาคตที่ให้ผลตอบแทนสูง 6.7-17.6 เท่า⁽¹⁾ สุขภาพเด็กแรกเกิดถึงช่วงอายุ 5 ปี เป็นช่วงที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะเป็นช่วงเวลาที่สำคัญของการสร้างรากฐานและคุณภาพชีวิต⁽²⁾ รายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า เด็กทั่วโลกประมาณร้อยละ 15-20 มีพัฒนาการไม่สมวัย⁽³⁾ การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรมอนามัย ปี 2564 พบว่า ภาพรวมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยสมวัย ร้อยละ 70.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพัฒนาการสมวัยอยู่ที่ ร้อยละ 50-60 เท่านั้น⁽⁴⁾ และเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยอยู่ที่ ร้อยละ 75.5 ปัญหาที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญ คือ การอพยพย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ของคนต่างจังหวัด โดยทิ้งลูกหลานไว้ที่บ้านให้ปู่ย่าตายายเลี้ยงดู พบเห็นได้อย่างมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูโดยยายเป็นหลัก ร้อยละ 39.6⁽⁵⁾ พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องมีความรอบรู้ด้านการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูมีความสำคัญต่อพฤติกรรมและการเลี้ยงดูและส่งผลถึงสุขภาพของเด็ก⁽⁶⁾ ช่วงศตวรรษที่ 21 ซึ่งสังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลงสูง ซึ่งเป็นโจทย์สำคัญของสังคมว่า จะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างไร ตั้งแต่วัยเริ่มต้นให้มีพื้นฐานที่ดี มั่นคง สามารถเติบโตและอยู่รอดได้อย่างมีคุณภาพในอนาคต ปัญหาพัฒนาการเด็กและครอบครัว เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา คือ ความเชื่อและค่านิยมที่ผิดของผู้ปกครอง การเน้นการเรียนการสอนทางวิชาการในระดับปฐมวัยมากเกินไป และการปิดกั้นการพัฒนาสมองของเด็กตามวัยที่เหมาะสม ส่งผลให้เด็กไทยใช้เวลาในการอยู่หน้าจอนานเกินไป จนเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยทั่วไปการเลี้ยงดูเด็กโดยผู้ปกครอง มีส่วนส่งเสริมการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียน อย่างไรก็ตามการดูแลโดยผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อระดับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย⁽⁷⁾ พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้เลี้ยงดูจึงมีส่วนสำคัญในการสร้างเด็กคุณภาพที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁽⁸⁾

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก คือ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก ดังนั้น บิดามารดาและผู้เลี้ยงดูเด็กต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก และมีพฤติกรรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมจะส่งผลให้เด็กได้พัฒนาความสามารถเต็มศักยภาพเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพที่พร้อมเข้าสู่วัยเรียน และวัยต่อไปได้อย่างมั่นใจ ที่ผ่านมามีการศึกษาเรื่องพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูไม่มากนัก และยังไม่มีการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูในเขตสุขภาพที่ 10 การศึกษากครั้งนี้เพื่อให้ทราบสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเขตสุขภาพที่ 10 เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการวางแผนดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรม

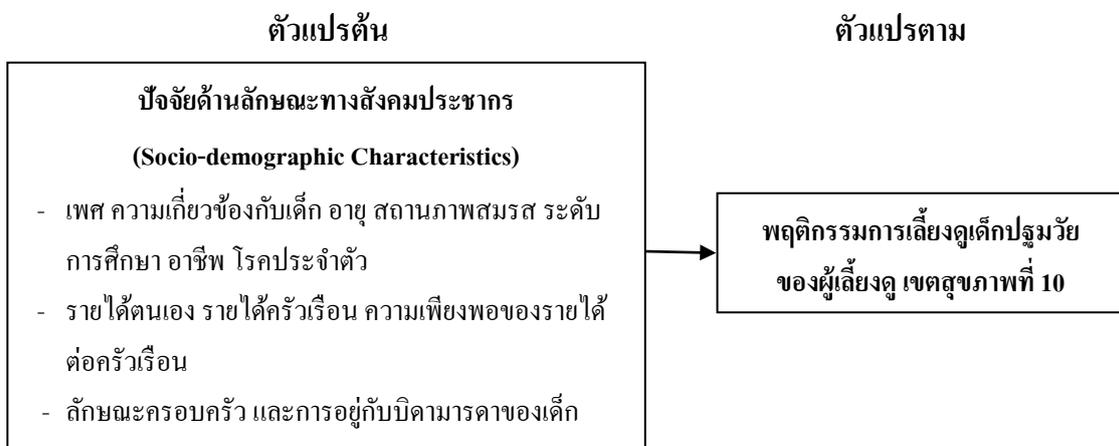


การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมและสร้างเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยมีคุณภาพ เป็นกำลังคน
 พยายามบุคคลในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 10
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูกับ
 พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 10

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2567 กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ของ Hsieh FY. และคณะ⁽⁹⁾ ρ (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์) = 0.70 ค่า VIF = 3.33 ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ 460 คน ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stages random Sampling) สุ่มขั้นที่ 1 สุ่มอำเภอ 1 อำเภอ จาก 5 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 10 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อหาอำเภอตัวแทนของจังหวัด โดยสุ่มอำเภอในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 5 อำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกตำบล โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อหาตำบล 2 ตำบล เป็นตัวแทนของอำเภอ โดยการจับฉลากตำบลในอำเภอที่สุ่มเลือกได้จากขั้นตอนที่ 1 ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตพื้นที่ตำบลแต่ละแห่งตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง 2 ตำบล โดยสุ่มจากบัญชีรายชื่อเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของสาธารณสุขอำเภอ (โปรแกรม HoSxP PCU) สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ



สุ่มเด็กจากบัญชีรายชื่อของแต่ละ รพ.สต. โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตำบลละ 24-32 คน ครอบคลุมจำนวนขนาดตัวอย่างจำนวน 460 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 10 ประเทศไทย ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็กปฐมวัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากร ประกอบด้วย เพศ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ตนเอง รายได้ครัวเรือน ความเพียงพอของรายได้ต่อครัวเรือน ลักษณะครอบครัว และการอยู่กับบิดามารดาของเด็ก

2. แบบประเมินพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์จากกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีต่อเด็กเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของเด็กทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การแนะนำสั่งสอน อบรมให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นเรื่องกิจกรรมการ กิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูฟัน เป็นการตอบคำถามในช่องว่าง พฤติกรรมที่ปฏิบัติเหมาะสมกับเด็กปฐมวัยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน มี 11 ข้อ การแปลผลคะแนนเรื่องพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971)⁽¹⁰⁾ คือ ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) เป็นต้น

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 30 ราย ที่คลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำนวน 11 ข้อ ด้วยวิธีของคูเตอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20: KR20) โดยมีค่าจำแนกความยากง่ายค่า r เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอธิบายด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด มัชยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูกับพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเขตสุขภาพที่ 10 ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) ด้วยวิธี Backward elimination method ที่ระดับนัยสำคัญ (p -value = 0.05) นำเสนอด้วยค่า odd ratios (OR), adjust odd ratios (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% CIs) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ ID-01-67-02-E รับรองตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 10 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากร

ผู้เลี้ยงดู 460 คน พบว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.7 เป็นมารดาและบิดา ร้อยละ 42.4 อายุเฉลี่ย 44.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.1 อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.2 ประกอบอาชีพ รับจ้าง ค่าขาย ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 39.3 มีฐานของรายได้ตนเองต่อเดือน 3,000 บาท รายได้น้อยที่สุด 0 บาท/เดือน รายได้มากที่สุด 200,000 บาท/เดือน มีฐานของรายได้ครัวเรือนต่อเดือน 12,000 บาท รายได้ครัวเรือนน้อยที่สุด 1,000 บาท/เดือน รายได้ครัวเรือนมากที่สุด 200,000 บาท/เดือน รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 38.7 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 84.3 และเด็กได้อาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็ก ร้อยละ 57.6 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (n = 460)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	8.3
หญิง	422	91.7
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก		
มารดาและบิดา	195	42.4
ยาย	131	28.5
ย่า	80	17.4
ตา ปู่ และบุคคลอื่น	54	11.7
อายุ (ปี)		
15 - 20	20	4.4
21 - 39	163	35.4
40 - 59	183	39.8
60 - 80	94	20.4
Mean: S.D. = 44.9: 15.1		
Median (Min: Max)	46.0	15: 80



ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	208	45.2
มัธยม ปวช. ปวส.	173	37.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	79	17.2
สถานภาพสมรสของบิดามารดาเด็ก		
คู่	359	78.0
แยกทางกัน	97	21.1
หม้าย	4	0.9
อาชีพ		
แม่บ้าน ไม่ทำงาน	125	27.2
เกษตรกร	63	13.7
รับราชการ พนักงานรัฐ	91	19.8
รับจ้าง ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	181	39.3
โรคประจำตัว		
ไม่มี	335	72.8
มี	125	27.2
รายได้ตนเอง (บาท/เดือน)		
0 – 9,999	362	78.7
10,000 – 200,000	98	21.3
Mean: S.D. = 6,543.3: 7,922.4		
Median (Min: Max)	3,000.0	0: 200,000
รายได้ครัวเรือน (บาท/เดือน)		
1,000 – 9,999	156	33.9
10,000 – 200,000	304	66.1
Mean: S.D. = 17,931.4: 18,476.0		
Median (Min: Max)	12,000.0	1,000: 200,000
ความเพียงพอของรายได้ต่อครัวเรือน		
ไม่เพียงพอ	178	38.7
เพียงพอ	170	37.0
มีเหลือเก็บ	112	24.3
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	72	15.7
ขยาย	388	84.3



ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
การอาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็ก		
อยู่กับบิดามารดา	265	57.6
ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา	195	42.4

พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 10

พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.3 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 30.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 18.5 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.8 (คะแนนเต็ม 11 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.5 และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูรายด้านเรื่อง กิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูฟัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าได้เหมาะสมตามวัย ร้อยละ 86.3 ในแต่ละวันเด็กรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ ร้อยละ 61.1 เด็กดื่มนมเฉลี่ยวันละ 4.1 ถ้วย ดื่มนมน้อยสุด คือ 0 ถ้วย หรือไม่ดื่มนม ร้อยละ 0.9 ดื่มนมต่อวันสูงสุด 12 ถ้วย เด็กดื่มนมหวาน ร้อยละ 26.1 ผู้เลี้ยงดูกอดเด็กทุกวัน ร้อยละ 87.4 และไม่กอดเด็ก ร้อยละ 12.6 คนในครอบครัวได้เล่นกับเด็ก ร้อยละ 89.3 เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ทีวี โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ ไอแพด ฯลฯ) ร้อยละ 81.3 ใช้เวลาน้อยที่สุด 15 นาทีต่อวัน และใช้สูงสุด 10 ชั่วโมงต่อวัน คนในครอบครัวเล่านิทานให้เด็กฟัง ร้อยละ 38.7 เด็กนอนเฉลี่ย 11.4 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.6 นอนน้อยที่สุด 7 ชั่วโมงต่อวัน นอนมากที่สุด 16 ชั่วโมงต่อวัน เด็กนอนหลับสนิท ร้อยละ 77.8 เด็กนอนหลับๆ ตื่นๆ ร้อยละ 22.2 ผู้เลี้ยงดูแปรงฟันให้เด็ก ร้อยละ 60.2 เด็กแปรงฟันเอง ร้อยละ 44.1 และคนในครอบครัวได้ตรวจสอบความสะอาดฟันของเด็กหลังเด็กแปรงฟัน ร้อยละ 75.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับของพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในภาพรวมและรายด้าน (n = 460)

พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 11 คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (น้อยกว่า 6.6 คะแนน)	85	18.5
ปานกลาง (6.6-8.8 คะแนน)	236	51.3
สูง (มากกว่า 8.8 คะแนนขึ้นไป)	139	30.2
Mean: S.D. = 7.8: 1.5		
Median (Min: Max)	8.0	2.5: 11
พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยรายด้าน		
กิน ถูกวัย รับประทานอาหารเช้าได้เหมาะสมกับวัย	397	86.3
รับประทานอาหารเช้าไม่เหมาะสมกับวัย	63	13.7



พฤติกรรม	การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 11 คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
ครบ	ในแต่ละวันเด็กรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	281	61.1
	รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่	179	38.9
	ดื่มนม 0 (ไม่ดื่ม)	4	0.9
	1-12 กล่องต่อวัน	456	99.1
	Mean: S.D. = 4.1: 2.2		
	Median (Min: Max)	4	1: 12
	ประเภทของนมที่ดื่ม (456 คน)		
	นมจืด	337	73.9
	นมหวาน	119	26.1
	กอด	ผู้เลี้ยงดูกอดเด็กทุกวัน	402
ผู้เลี้ยงดูไม่กอดเด็ก		58	12.6
เล่น	(ไม่ใช่สื่ออิเล็กทรอนิกส์) คนในครอบครัวเล่นกับเด็ก	411	89.3
	คนในครอบครัวไม่เล่นกับเด็ก	49	10.7
	(ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์) เด็กใช้สื่อระหว่างวัน	374	81.3
	เด็กไม่ใช่สื่อ	86	18.7
	ระยะเวลาที่ใช้สื่อ (ชั่วโมง)		
	0.25-10	374	81.3
	Mean: S.D. = 1.5: 1.3		
Median (Min: Max)	1.0	0.25: 10	
เล่า	คนในครอบครัวเล่านิทานให้เด็กฟัง	178	38.7
	คนในครอบครัวไม่เล่านิทานให้เด็กฟัง	282	61.3
นอน	ระยะเวลา 7-9 ชั่วโมง	48	10.4
	10-16 ชั่วโมง	412	89.6
	Mean: S.D. = 11.4: 1.6		
	Median (Min: Max)	12.0	7: 16
ลักษณะการหลับ	เด็กนอนหลับสนิท	358	77.8
	เด็กนอนหลับๆ ตื่นๆ	102	22.2
เข้าดูฟัน	ผู้เลี้ยงดูแปรงฟันให้เด็ก	277	60.2
	ไม่ได้แปรงฟันให้เด็ก	183	39.8
	เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง	203	44.1
	ไม่แปรงฟันด้วยตนเอง	257	55.9



พฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 11 คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
คนในครอบครัวได้ตรวจสอบความสะอาดพื้นของเด็ก		
ตรวจสอบ	346	75.2
ไม่ได้ตรวจสอบ	114	24.8

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 10

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูแบบ bivariate (Simple logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู ค่า p-value น้อยกว่า 0.25 คือ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรสของบิดามารดาเด็ก รายได้ตนเองของผู้เลี้ยงดู ความเพียงพอของรายได้ต่อครัวเรือน และการอยู่กับบิดามารดาของเด็ก ทั้งหมด 8 ปัจจัย เป็นปัจจัยรูปแบบตั้งต้น (Initial model) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (Multiple logistic regression) พบว่า มี 2 ปัจจัยคือ ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู และการอยู่กับบิดามารดาของเด็ก ดังตารางที่ 3

ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีโอกาสมีพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูงมากกว่าผู้เลี้ยงดูที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา 2.1 เท่า (AOR = 2.1; 95%CI: 1.16 to 3.64; p-value = 0.013) และผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ปวช. ปวส. มีโอกาสมีพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูงมากกว่าผู้เลี้ยงดูที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา 1.7 เท่า (AOR = 1.7; 95%CI: 1.11 to 2.77; p-value = 0.013)

ผู้เลี้ยงดูที่อาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็กมีโอกาสมีพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูงมากกว่าผู้เลี้ยงดูที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็ก 1.6 เท่า (AOR = 1.6; 95%CI: 1.19 to 2.99; p-value = 0.025)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ใช้สถิติ Multiple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน	% พฤติกรรมการณ์เลี้ยงดู ระดับสูง	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
1. ระดับการศึกษา						0.013
ประถมศึกษา	208	22.6	1	1		
มัธยม ปวช. ปวส.	173	35.3	1.9	1.7	1.11-2.77	
ปริญญาตรีขึ้นไป	79	39.7	2.3	2.1	1.16-3.64	



ปัจจัย	จำนวน	% พฤติกรรมการ เลี้ยงดู ระดับสูง	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
2. การอยู่กับบิดามารดาของเด็ก						0.025
ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา	195	24.6	1	1		
อยู่กับบิดามารดา	265	34.3	1.6	1.6	1.19-2.99	

สรุปผลการวิจัย

พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 10 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กในภาพรวมถือว่าดี แต่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูบางด้านที่ยังไม่เหมาะสม เช่น เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ระหว่างวัน และการเล่นนิทานให้เด็กฟัง ควรส่งเสริมให้ความรู้ และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยแก่ผู้เลี้ยงดู เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเด็กปฐมวัย การสร้างเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมต้องส่งเสริมให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน เด็กได้อยู่กับบิดามารดา และส่งเสริมโอกาสทางการศึกษาให้ผู้เลี้ยงดูได้มีระดับการศึกษาสูงที่สุดเพื่อนำความรู้มาเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ซึ่งสามารถสร้างพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสมแก่ผู้เลี้ยงดูได้

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.3 ระดับสูง ร้อยละ 30.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 18.5 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กในภาพรวมถือว่าดีเพราะอยู่ในระดับปานกลางและสูง ร้อยละ 81.5 ส่วนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูรายด้าน กิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูฟัน โดยส่วนใหญ่พฤติกรรมการเลี้ยงดูมีความสอดคล้องกับสถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยการศึกษาของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2562⁽¹¹⁾ มีความแตกต่างในส่วนการเล่นนิทานให้เด็กฟัง การศึกษารุ่นนี้ พบว่า คนในครอบครัวเล่นนิทานกับเด็กลดลง คนในครอบครัวเล่นนิทานให้เด็กฟังเพียงร้อยละ 38.7 แสดงถึงการใช้เวลาที่มีคุณภาพกับเด็กน้อยลงซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม โดยผู้เลี้ยงดูมีความเข้าใจว่าการให้เด็กเล่น โทรศัพท์และใช้สื่อในโทรทัศน์และวิดีโอ YouTube จะทำให้เด็กฉลาด สามารถทดแทนการเล่นนิทานได้ จึงเป็นพฤติกรรมที่ต้องแก้ไขโดยด่วน เพราะการเล่นกับเด็ก การเล่นนิทานเป็นการใช้เวลาคุณภาพ ได้สร้างสายสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวที่จะช่วยในการสร้างเด็กปฐมวัยคุณภาพ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ความรู้และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยแก่ผู้เลี้ยงดู เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเด็กปฐมวัย



ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูที่น่าสนใจคือ เด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 ได้รับการเลี้ยงดูจากมารดาและบิดา ร้อยละ 42.4 ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กควรเป็นบิดามารดาของเด็กโดยตรงจะดีที่สุด และเด็กได้อยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 57.6 อาจเนื่องจากโครงสร้างครอบครัวการอพยพย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ โดยทิ้งลูกหลานไว้ที่บ้านให้ปู่ย่าตายายเลี้ยงดู พบเห็นได้อย่างมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เกิดลักษณะครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นคนรุ่นปู่ย่า ตายาย และข้ามไปเป็นคนในรุ่นหลานโดยไม่มีสมาชิกที่เป็นรุ่นพ่อแม่ หรือที่เรียกกันว่า “ครอบครัวแห่วงกลาง”(skip generation family)⁽¹²⁾ ดังนั้น เพื่อสนับสนุนให้เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาควรส่งเสริมนโยบายให้มารดาทำงานได้มากกว่า 3 เดือน หรือสร้างงานสร้างอาชีพให้กับบิดามารดาเพื่อเอื้อต่อการเลี้ยงดูบุตร เด็กได้อยู่ร่วมกับบิดามารดา ส่งเสริมให้เด็กได้เติบโตเต็มศักยภาพ เป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ ที่พร้อมจะเข้าสู่วัยเรียนและวัยต่อไปได้อย่างมั่นคง เป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 10 เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (Multiple logistic regression) มี 2 ปัจจัยคือ ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู และการอยู่กับบิดามารดาของเด็ก

ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู อาจเนื่องจาก ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมีพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กในระดับสูงมากกว่าผู้เลี้ยงดูหลักที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ปวช. ปวส. และประถมศึกษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าระดับการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะและทัศนคติที่เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมเลี้ยงดูซึ่งมีผลต่อการเลี้ยงดูเด็ก นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังเป็นทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดพฤติกรรมตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม⁽¹³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ju Young Lee⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้เรื่องสุขภาพของมารดามีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับระดับการศึกษา และจากการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Darren, A.D.⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กที่รู้หนังสือต่ำมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีพฤติกรรมอบรมเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสม เมื่อเทียบกับผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความรู้สูงกว่า โดยเด็กที่พ่อแม่มีความรู้ต่ำเด็กมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี

การอาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู อาจเนื่องจาก การที่ครอบครัวได้อยู่กันพร้อมหน้า เด็กได้อยู่กับบิดามารดา ปู่ย่าตายายและบุคคลอื่นๆ ที่หลากหลาย แม่ผู้เลี้ยงดูเด็กจะเป็นผู้สูงอายุ หากในบ้านมีบิดามารดาเด็กอาศัยอยู่ร่วมด้วยการเข้าถึง เข้าใจ การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะในการสื่อสาร การตัดสินใจ และนำความรู้มาใช้ในการเลี้ยงดูเด็กย่อมมีมากกว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่เลี้ยงดูเด็กตามลำพัง วัยหรืออายุของบิดามารดาเป็นวัยที่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และมีการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียที่จะมีผลต่อเด็กจึงส่งผลให้บ้านหรือครอบครัวที่มีบิดา



มารดาเลี้ยงดูถูกด้วยตนเองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นปู่ย่าตายายย่อมมีความรู้และมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมกว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่มีบิดามารดาของเด็กอาศัยอยู่ร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การอาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเขตสุขภาพที่ 10 ไม่สามารถมองภาพรวมระดับประเทศได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้นควรทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูในประเทศไทย ทุกภูมิภาคเพื่อการใช้ประโยชน์ในการวางแผนและดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กต่อไป

2. การสร้างเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมต้องคำนึงถึงองค์ประกอบของลักษณะครอบครัว และการอยู่ร่วมกันของคนในครอบครัว เด็กได้อาศัยกับบิดามารดา หากผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่ดีและเหมาะสมสามารถส่งผลต่อการสร้างเด็กไทยคุณภาพ (Smart Kids) ได้

3. ชุมชนและสังคมควรให้ความสำคัญและสนับสนุนให้ผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม โดยเฉพาะ ปู่ ย่า ตา ยาย ให้เข้าถึงบริการและกระบวนการเรียนรู้เพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Elsevier Ltd all Rights Reserved 2011; 378(9799): 1325-38.
2. สมัย ศิริทองถาวร. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี สำหรับผู้ปกครอง [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันพัฒนาเด็ก รามอินทรากรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaichilddevelopment.com/images/doc/Ebook1.pdf>.
3. World Health Organization. Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low-and middle-income countries: A Review. Child and Adolescent Health and Development. Turkey: Turkey Country Office and CEECIS Regional Office; 2012.



4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. องค์การยูนิเซฟ. ความเหลื่อมล้ำ ช่องว่างปัญหาเด็กและสตรี: ผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2558-2559 [เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.unicef.org/thailand/tha/Thailand_MICS_Full_Report_TH.pdf
6. Lee M. Sanders, Steven Federico, Perri Klass, Mary Ann Abrams and Benard Dreyer. Literacy and Child Health A Systematic Review. Arch Pediatr Adolesc Med 2009; 163(2): 131-40.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
8. เสาวคนธ์ วีระศิริ, สุรพล วีระศิริ, พิมภา สุตรา และจริญญา โคตรชนะ. การเสริมสร้างศักยภาพบิดามารดาในการเลี้ยงดูลูกเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(3): 201-10.
9. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998;17: 1623-34.
10. Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ปี 2562. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562. [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://nich.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/nich/330_article_file.pdf
12. National Statistical Organization. Thailand multiple Indicator cluster survey. In Bangkok: National Statistical Organization and UNICEF; 2012.
13. ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. กองสุขาภิบาล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์; 2554.
14. Ju Young Lee. Maternal Health Literacy among Low-Income Mothers with Infants. Dissertation Presented to the Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Austin in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy; 2016.
15. Darren, A.D. Health Literacy and Child Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. PEDIATRICS 2009; 124(3): 265-274.
16. สุพัตรา บุญเจียม. พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2564; 13.



การพัฒนาารูปแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
DEVELOP A SERVICE MODEL FOR NURSING PERSONNEL TO REDUCE STIGMA AND DISCRIMINATION AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS IN ARV CLINIC, SAWANPRACHARAK HOSPITAL

Received: October 17, 2024

Revised: February 09, 2025

Accepted: February 16, 2025

วัชรินทร์ วิญญกุล¹, ทมาภรณ์ สุขสวรรค์^{2*}

Watcharin Winyagul¹, Thamaporn Suksawan^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการ และบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย สื่อความรู้ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความพร้อมสำหรับบุคลากร แบบสังเกตการณ์การปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินการตีตรา สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 การมีรูปแบบช่วยให้บุคลากรเกิดความรู้ ความเข้าใจ เคารพสิทธิและให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะที่ 2 (1) คะแนนความรู้เรื่องเอชไอวีสำหรับบุคลากรทางการแพทย์หลังเข้าร่วมพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนเข้าร่วมพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) คะแนนการปฏิบัติสำหรับบุคลากรพยาบาลในการให้บริการหลังเข้าร่วมพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนเข้าร่วมพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (3) บุคลากรทางการแพทย์ลดการตีตราต่อผู้รับบริการอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 85.97

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบนี้ทำให้บุคลากรมีทัศนคติเชิงบวก มีแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสม ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถนำไปใช้กับทุกสาขาชีพ และมีข้อเสนอแนะให้สร้างความเข้าใจให้กับประชาชน เพื่อเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ: การตีตรา, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์, บุคลากรทางการแพทย์

¹โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Sawanpracharak Hospital

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Boromrajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan

*Corresponding author E-mail: tamaporn@bcnsprnw.ac.th



Abstract

This research aimed to develop and evaluate a service delivery model for nursing personnel to reduce stigma and discrimination against individuals living with HIV/AIDS. The study involved service recipients and nursing staff as the sample. Research tools included a service manual, knowledge assessment, readiness assessment for personnel, observation checklist, satisfaction evaluation, and stigma assessment. Statistical analysis utilized frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and thematic analysis.

Results from Phase 1 showed that the service manual enhanced personnel knowledge, understanding, respect for rights, and effective nursing care. In Phase 2: (1) The post- intervention knowledge scores regarding HIV among nursing personnel were significantly higher than pre- intervention scores (p -value < 0.05). (2) The post- intervention practice scores for nursing personnel in providing services also showed a significant increase compared to pre- intervention scores (p -value < 0.05). (3) Nursing personnel demonstrated a significant reduction in stigma towards service recipients, achieving a rating of 85.97%.

The study indicates that this model fosters positive attitudes and appropriate practices among personnel, effectively reducing stigma and discrimination against individuals living with HIV/AIDS. It can be applied across various health professions, with recommendations for public education to enhance positive perceptions of people living with HIV.

Keywords: Stigmatization ,HIV infected patients/AIDS, Nursing personnel



บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม⁽¹⁾ ดังนั้น โรคเอดส์จึงไม่ใช่ปัญหาในด้านการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาสังคมอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาจากการถูกละเลยในการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป การเลือกปฏิบัติ⁽²⁾ ที่ไม่เป็นธรรม การไม่ถูกยอมรับในสังคม ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกที่จะปิดบังผลเลือดของตนเองไม่เปิดเผยผลเลือดให้กับใครทราบ หลบเลี่ยงการเข้ารับบริการทางสาธารณสุข ประเทศไทยมุ่งมั่นที่จะยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573 โดยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573⁽³⁾ มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ “ไม่ติด-ไม่ตาย-ไม่ตีตรา” ข้อมูลสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ⁽⁴⁾ ที่สำรวจทุก 2 ปี ในพื้นที่เฝ้าระวัง 13 จังหวัด (รวมทั้งจังหวัดนครสวรรค์) การสำรวจครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2564 พบว่า การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ ทั้งในส่วนที่เป็นประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและที่สังเกตเห็นโดยบุคลากรของสถานบริการสุขภาพปี พ.ศ. 2558, 2560, 2562 และ 2564 ลดลงจากการสำรวจใน 2 ครั้งก่อนน้อยมาก ผลการสำรวจสถานการณ์การตีตรา และเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพผล คือ ร้อยละ 23.7, 27.0 23.3 และ 22.7 ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ยังพบปัญหาการเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยการสำรวจในครั้งนั้น

การตีตราและเลือกปฏิบัติส่งผลกระทบต่อในด้านลบต่อการเข้ารับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี การดูแลรักษา และการคงอยู่ในระบบอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการสุขภาพที่จัดให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁶⁾ เป็นการกีดกันผู้มารับบริการจากการได้รับบริการสุขภาพด้านต่างๆ อย่างเต็มคุณค่า การถูกรังเกียจ รวมทั้งความกลัวว่า ผู้อื่นจะรู้ว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวี แนวทางการลดการตีตราของกองโรคเอดส์ ได้กำหนดให้เจ้าหน้าที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้เรียน S&D E-learning ซึ่งใช้ระยะเวลาในการศึกษาประมาณ 45 นาที พบปัญหาอุปสรรค เรื่องการลงทะเบียนเข้าเรียน online บุคลากรยังมีข้อจำกัดของระยะเวลาในการเข้าเรียน และขั้นตอนในการให้บริการไม่มีกระบวนการให้ทบทวนตนเอง ความพร้อมในการให้บริการในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งเมื่อพบปัญหาแนวโน้มการตีตราหรือเลือกปฏิบัติจากการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรพยาบาลที่ให้บริการ ยังไม่มีระบบการปรึกษาหรือช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมบริการที่จะช่วยแก้ปัญหาการตีตราได้ทันทั่วทั้งที่

จากปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จากแนวคิดในการให้ความรู้ (Knowledge) ในเจ้าหน้าที่ทุกช่องทางสื่อสาร สื่อประชาสัมพันธ์แบบ offline ซึ่งจะช่วยเหลือปัญหาการเข้าเรียน S&D E-Learning ของกองโรคเอดส์ฯ เนื่องจากมีข้อจำกัดเวลาในการเรียน



และจำนวนผู้รับบริการในคลินิกที่มีจำนวนมาก จึงได้พัฒนาปรับสื่อการให้ความรู้ให้สอดคล้องกับปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรในคลินิกด้านไวรัส (ARV clinic) ระยะเวลาในการเรียนลดลงสามารถเรียนรู้ได้ก่อนปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มทัศนคติที่ดีกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยยึดตามแนวคิดการให้บริการแบบองค์รวม และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์⁽⁷⁾ และในขั้นตอนให้บริการใช้การทบทวนตนเอง และกระบวนการให้คำปรึกษาเมื่อพบแนวโน้มนำปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อช่วยในการปรับทัศนคติ และทบทวนพฤติกรรมบริการให้บริการแก้ไขปัญหาค้นหาพื้นที่ และหลังการให้บริการประเมินความพึงพอใจ ต่อการบริการ เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบ ขั้นตอนให้บริการให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้มีรูปแบบเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. บุคลากรทางการแพทย์ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 6 คน, ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน รวม 11 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ (1) บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการ/ทำหัตถการและเข้าถึงข้อมูลผู้ที่มารับบริการ ARV คลินิก ไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยเลือกทั้งหมดในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (2) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ (1) ย้ายที่ทำงานหรือลาออก (2) เข้าร่วมวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน
2. ผู้รับบริการที่เข้ารับบริการ ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างเดือนสิงหาคม-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 222 ราย⁽⁸⁾ คำนวณกลุ่มตัวอย่าง $n = 500 / (1 + 500 * .05^2)$ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion and Exclusion criteria) มีคุณสมบัติในการคัดเลือก คือ (1) เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการใน ARV คลินิก (2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

คู่มือการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีขั้นตอนในการพัฒนา ดังนี้ 1) เก็บข้อมูลจากการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ 2) สรุปผลดำเนินงานจากการประชุม 3) การสรุปผลการดำเนินงานจากการถอดบทเรียนคณะทำงาน และ 4) ผลิตสื่อ VDO Clip ความยาวประมาณ 5 นาที เป็นเนื้อหาเชิงให้ความรู้ และแนะแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อช่วยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผ่านระบบ ออนไลน์และออฟไลน์ (Intranet โรงพยาบาล) เพื่อเพิ่มความรู้และปรับทัศนคติให้กับผู้ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามที่ใช้มีข้อมูล 5 ชุด (โดยแบบสอบถามได้ต้นแบบจากแบบสำรวจของกองโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค ซึ่งแต่ละหมวดมีข้อคำถามประมาณ 5-7 คำถาม ผู้วิจัยได้มีการปรับแก้และผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้วก่อนนำมาทดลองใช้) คือ

1) แบบประเมินความรู้ ก่อนและหลังการปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพื่อลดการตีตรา จำนวน 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ 3 ระดับ ดังนี้ มีความรู้ในระดับดี (6-7 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (3-5 คะแนน) และมีความรู้ในระดับต่ำ (0-2 คะแนน)

2) แบบประเมินความพร้อมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติได้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ได้ ได้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความพร้อม 3 ระดับ ดังนี้ ความพร้อมในการให้บริการในระดับดี (5-6 คะแนน) ความพร้อมในการให้บริการในระดับปานกลาง (3-4 คะแนน) ความพร้อมในการให้บริการในระดับต่ำ (0-2 คะแนน)

3) แบบสังเกตการณ์การปฏิบัติในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใน ARV คลินิก จำนวน 6 ข้อ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คะแนนเจ้าหน้าที่ให้บริการที่ ARV คลินิก จำนวน 11 ราย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติ (ใช่) ได้ 1 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ (ไม่ใช่) ได้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับสามารถปฏิบัติลดการตีตรา 3 ระดับ ดังนี้ ความสามารถปฏิบัติลดการตีตราได้ ในระดับดี (5-6 คะแนน) ความสามารถปฏิบัติลดการตีตราได้ ในระดับปานกลาง (3-4 คะแนน) ความสามารถปฏิบัติลดการตีตราได้ในระดับต่ำ (0-2 คะแนน)

4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ การพัฒนารูปแบบการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน ARV คลินิก จำนวน 5 ข้อ



โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ฟังพอใจมาก เท่ากับ 3 คะแนน ฟังพอใจปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน ความพึงพอใจน้อย เท่ากับ 1 คะแนน โดยบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล เป็นผู้ทำแบบประเมิน กำหนดเกณฑ์ การแบ่งช่วงคะแนนระดับความพึงพอใจ ดังนี้ 2.34-3.00 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจสูง 1.68-2.33 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 1.00-1.67 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจต่ำ

5) แบบประเมินการตีตราที่ผู้รับบริการได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติ (ใช่) ได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ (ไม่ใช่) ได้ 0 คะแนน โดยมีผู้รับบริการเป็นผู้ทำแบบสอบถามกำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับการปฏิบัติ ดังนี้ 6.00-7.00 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติต่อผู้รับบริการสามารถลดการตีตราได้ในระดับดี 3.00-5.00 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติต่อผู้รับบริการสามารถลดการตีตราได้ในระดับปานกลาง และ 0.00-2.00 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติต่อผู้รับบริการสามารถลดการตีตราได้ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดย ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลที่เชี่ยวชาญ 2 คน นักจิตวิทยา 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน ตรวจสอบความสอดคล้องกับเนื้อหา จากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไปปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสม จำนวนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) ทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.6-1.00 (ผลคะแนนรวม 13 คะแนน เฉลี่ย 0.86)

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มผู้ป่วยที่ใกล้เคียงจำนวน 30 คน (ผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่เข้าประชุมกลุ่มประจำเดือนทุกเดือน ใน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เรียกกลุ่มว่า “ศูนย์รวมใจ อำเภอเมืองนครสวรรค์”) และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของแบบประเมินความรู้ แบบสังเกตการปฏิบัติ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 (ค่า α 0.8-0.9 หมายถึง ความน่าเชื่อถือดี)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบpaired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ตามหลักวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยใช้ SPSS V28 ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2. การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) โดยเครื่องมือ Google Sheets หรือ Excel

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ COA.30/2567 วันที่ 27 มิถุนายน 2567 โดยขอขกเว้นการลงนามเป็น



ลายลักษณ์อักษรในแบบยินยอมของอาสาสมัคร ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการวิจัย โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมการทำวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีการกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยการจัดทำ VDO clip และแบบ check list สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เน้นให้ผู้ให้บริการปลอดภัยเกิดความเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจให้บริการ เคารพสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งผู้รับบริการมีทัศนคติที่ตรงกัน โดยจัดทำสื่อวีดีโอเพื่อให้เกิดความเข้าใจ เข้าถึงได้ง่าย



รูปภาพที่ 1 สื่อความรู้ VDO Clip

ระยะที่ 2 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ พบว่า ผู้ให้บริการมีความพร้อมในการให้บริการในระดับดี สามารถปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและมาตรฐานทางการแพทย์ได้อย่างครบถ้วนในทุกข้อที่ประเมิน คิดเป็นร้อยละ 100 คือ ความเต็มใจในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์, การให้บริการอย่างเท่าเทียม, การให้คำแนะนำด้านการวางแผนครอบครัว, การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสื่อเลียนหรือเลือกปฏิบัติ, การใช้คำเรียกที่เหมาะสมและการรักษาความลับผลเลือดของผู้ป่วย



2.1 ผลลัพธ์ด้านบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาด้านไวรัส ARV

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาด้านไวรัส ARV (n = 11)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	11	100
ช่วงอายุ (ปี)		
20 - 30 ปี	2	18.2
41 - 50 ปี	6	54.5
51 - 60 ปี	3	27.3
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	6	54.5
ผู้ช่วยพยาบาล	2	18.2
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	3	27.3
ประสบการณ์การทำงาน		
มากกว่า 2 ปี ไม่เกิน 3 ปี	1	9.1
มากกว่า 3 ปี ไม่เกิน 4 ปี	1	9.1
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	9	81.8

จากตารางที่ 1 พบว่า บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาด้านไวรัส ARV พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุดร้อยละ 54.5 และช่วงอายุ 20-30 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ 18.2 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ร้อยละ 54.5 รองลงมา คือ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 27.3 โดยส่วนใหญ่ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 81.8 มีเพียงร้อยละ 9.1 ที่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 2-4 ปี

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนด้านความรู้ และการสังเกตการณ์การปฏิบัติงาน สำหรับบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาด้านไวรัส

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	t	df	p-value
ความรู้เรื่องเอชไอวีสำหรับบุคลากรพยาบาล					
ก่อนการให้ความรู้	6.00	1.00	-2.764	10	0.020
หลังการให้ความรู้	6.82	0.60			
การสังเกตการณ์การปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรพยาบาล					
การสังเกตการณ์ก่อนการปฏิบัติงาน	5.09	0.83	-2.61	10	0.026
การสังเกตการณ์หลังการปฏิบัติงาน	5.73	0.47			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบด้านความรู้เรื่องเอชไอวีสำหรับบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกทางด้านไวรัส ARV พบว่า คะแนนทดสอบความรู้ของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกทางด้านไวรัส ARV ก่อนได้รับความรู้ เฉลี่ยเท่ากับ 6.00 (S.D. = 1.00) และมีคะแนนทดสอบหลังได้รับความรู้ เฉลี่ยเท่ากับ 6.82 (S.D. = 0.60) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังได้รับความรู้ พบว่า คะแนนหลังได้รับความรู้สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการสังเกตการณ์การปฏิบัติสำหรับบุคลากรพยาบาลในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใน ARV คลินิก พบว่า คะแนนการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ก่อนได้รับความรู้ เฉลี่ยเท่ากับ 5.09 (S.D. = 0.83) และมีคะแนนการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลหลังได้รับความรู้ เฉลี่ยเท่ากับ 5.73 (S.D. = 0.47) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ก่อนและหลังได้รับความรู้ พบว่า คะแนนหลังได้รับความรู้สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกทางด้านไวรัส ARV ที่ได้รับความรู้จากการใช้รูปแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (n = 11)

ประเด็นการประเมิน	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
รูปแบบเนื้อหา VDO Clip เข้าใจง่าย ตรงประเด็นไม่ซับซ้อน	2.82	0.40	มาก
สามารถเพิ่ม องค์ความรู้ เรื่องเอชไอวี/เอดส์ และเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี	3.00	0.00	มาก
สามารถช่วยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ได้อย่างเหมาะสม	2.91	0.30	มาก
เครื่องมือสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	3.00	0.00	มาก
มีความพึงพอใจในรูปแบบและวิธีการพัฒนาเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	2.82	0.40	มาก
รวม	2.91	0.14	มาก

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกทางด้านไวรัส ARV ที่ได้รับความรู้จากการใช้รูปแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน ARV คลินิก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์



โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 (S.D. = 0.14) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สามารถเพิ่มองค์ความรู้ เรื่องเอชไอวี/เอดส์ และเครื่องมือสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง มีค่าสูงสุดเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 (S.D. = 0.00) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ สามารถช่วยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้อย่างเหมาะสม เฉลี่ยเท่ากับ 2.91 (S.D. = 0.30) อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 3)

2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลคลินิกยาด้านไวรัส ARV โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการคลินิกยาด้านไวรัส ARV โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (n = 222)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	87	39.2
หญิง	135	60.8
ช่วงอายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20 ปี	2	0.9
21 - 30 ปี	32	14.4
31 - 40 ปี	37	16.7
41 - 50 ปี	76	34.2
50 - 60 ปี	56	25.2
มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปีขึ้นไป	19	8.6
\bar{X} = 45.16 S.D. = 11.62 Min = 19 Max = 73		
สถานภาพสมรส		
คู่	79	35.6
โสด	117	52.7
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	26	11.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	6	2.7
ประถมศึกษา	48	21.6
มัธยมศึกษา	82	36.9
อนุปริญญา / อาชีวะ	36	16.2
ปริญญาตรี	48	21.6
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.9
ระยะเวลารับยาด้านไวรัส		
น้อยกว่า 1 ปี	17	7.7
1 - 5 ปี	72	32.4
6 - 10 ปี	58	26.1
มากกว่า 10 ปี	75	33.8



จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้รับบริการคลินิกยาด้านไวรัส ARV โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 อยู่ในอายุช่วง 41-50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 34.2 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.16 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.62 มีสถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ 52.7 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.9 และส่วนใหญ่ได้รับยาด้านไวรัสมากกว่า 10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 33.8

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนการติดตามต่อที่ผู้รับบริการได้รับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ คลินิกยาด้านไวรัส ARV โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (n=222)

ประเด็นการประเมิน	คะแนน	ร้อยละ	แปลผล
1. เจ้าหน้าที่ให้บริการท่านด้วยความเต็มใจ	196	88.29	มาก
2. เจ้าหน้าที่ให้บริการท่านเท่าเทียมกับผู้รับบริการอื่น ๆ	197	88.74	มาก
3. เจ้าหน้าที่ยินดีให้คำปรึกษากับท่านทุกเรื่องที่ท่านมีข้อสงสัยรวมถึงเรื่องการมีบุตร	193	86.94	มาก
4. เจ้าหน้าที่ปกปิดความลับเรื่องผลเลือดของท่าน ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ	193	86.94	มาก
5. เจ้าหน้าที่ใช้คำนำหน้า "คุณ" ตามด้วยชื่อนามสกุล โดยไม่ใช่สรรพนามอื่น ๆ เรียกแทนชื่อกับกลุ่มผู้รับบริการที่เป็น เกย์,สาวประเภทสอง,แรงงานข้ามชาติ	189	85.14	มาก
6. เจ้าหน้าที่ไม่เกิดอคติ ไม่พูดล้อเลียนผู้รับบริการที่เป็น เกย์,สาวประเภทสอง,แรงงานข้ามชาติ	187	84.23	มาก
7. ท่านรู้สึกว่าคุณเจ้าหน้าที่มีการพูดคุยหรือสัมผัสร่างกายท่านขณะให้บริการ โดยไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเกินความจำเป็น เช่น การใส่ถุงมือสองชั้นขณะให้บริการ (ด้านลบ)	181	81.53	มาก
ผลรวม		85.97	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า บุคลากรทางการแพทย์คลินิกยาด้านไวรัส ARV โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีการปฏิบัติต่อผู้รับบริการสามารถลดการติดตามได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.97 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เจ้าหน้าที่ให้บริการท่านเท่าเทียมกับผู้รับบริการอื่น ๆ มีค่าคะแนนสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.74 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ให้บริการท่านด้วยความเต็มใจ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.29 สำหรับข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ท่านรู้สึกว่าคุณเจ้าหน้าที่มีการพูดคุยหรือสัมผัสร่างกายท่านขณะให้บริการ โดยไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเกินความจำเป็น เช่น การใส่ถุงมือสองชั้นขณะให้บริการ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.53



สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้การเรียนรู้ผ่าน สื่อ VDO clip และการประเมินความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ยังส่งผลให้การให้บริการในคลินิก ARV ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์มีคุณภาพและครอบคลุมทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณมากยิ่งขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ผลจากการพัฒนารูปแบบ การพัฒนารูปแบบสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้สื่อการเรียนรู้ต่างๆ เช่น วิดีโอคลิป ได้แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับข้อมูลองค์ความรู้เหล่านี้ มีความพร้อมในการให้บริการที่ดีขึ้น และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2. การเสริมสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดี ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เห็นถึงความสำคัญของการดูแลที่มองทุกมิติของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการเข้าใจถึงความกังวลในเรื่องการติดเชื้อด้านสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพ⁽¹¹⁾ การป้องกันตามหลัก QQR⁽⁹⁾ และการสร้างความเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกคน ทั้งในแง่ของเพศและวัฒนธรรมต่างๆ สอดคล้องกับ ญัตติวาทน์ ตั้งปฐมวงศ์⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า การสื่อสารผ่านการตีตรา เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดความรู้สึกที่ฝังแน่นภายในจิตใจ โดยไม่รู้ตัว การให้ความรู้ทางสังคมและวัฒนธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคลากรสามารถให้บริการได้อย่างมีมนุษยธรรม และสอดคล้องกับ จีรัตัน อินทวัฒน์⁽⁷⁾ กล่าวว่า การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการให้บริการด้วยความรัก ความเมตตา เพื่อให้ผู้รับบริการมีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้รับบริการพ้นภัยจากการเจ็บป่วยได้อย่างรวดเร็ว

3. ผลการศึกษาในด้านการลดการตีตรา จากการศึกษ พบว่า เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ได้รับความรู้และแนวคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะสามารถลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพได้ โดยบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่เปิดกว้าง และเป็นกลางต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดการทบทวนตนเองเพื่อกำหนดผลลัพธ์ของ สุขาดา อวยจินดา⁽¹²⁾ และการจัดการตนเองยังมีบทบาทสำคัญในการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สุภาพจากบุคลากร เมื่อเรารู้ตัว มีสติ เราตระหนักรู้ในตนเอง รู้ว่าต้องการอะไร คาดหวังอะไร มีการคิดก่อนพูด คิดก่อนทำ



ทำให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถนำศักยภาพ ทักษะ และความสามารถของเราออกมาใช้ได้อย่างเต็มที่ รวมถึงการจัดการตนเอง⁽¹³⁾ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้แสดงออกในทิศทางที่เหมาะสม และยับยั้งตนเองไม่ให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

4. ความพึงพอใจและผลกระทบต่อผู้รับบริการของทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการมีระดับที่ดี จากการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการเพื่อไม่ให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดการทบทวนตนเอง ซึ่งช่วยให้บุคลากรสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มีสติและสามารถแสดงทักษะและความสามารถในการให้บริการได้อย่างเต็มที่ ผลกระทบนี้ยังส่งผลดีต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสร้างความไว้วางใจ และส่งเสริมการดูแลที่มีคุณภาพ

5. การปรับปรุงองค์ประกอบของการให้บริการ การพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ครบถ้วนตั้งแต่ด้านนโยบาย ความรู้ ทักษะ และความพร้อมต่อการให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติมีประสิทธิภาพ การที่บุคลากรสามารถนำความรู้ และทักษะที่ได้จากการพัฒนารูปแบบมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาารูปแบบเหล่านี้เพื่อใช้กับบุคลากรทั้งที่มีประสบการณ์และผู้ที่เริ่มทำงานใหม่ เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีและการปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสามารถนำไปใช้ในทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. ควรมีการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจให้กับประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการชี้แจงถึงช่องทางการติดต่อที่ชัดเจนและการดูแลในระดับสังคมที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยสร้างทัศนคติที่ดีขึ้นและลดการตีตราผู้ติดเชื้อในสังคม พร้อมทั้งทำให้การอยู่ร่วมกันในสังคมเป็นไปอย่างเข้าใจและเท่าเทียม

3. ควรมีการขยายขอบเขตของการศึกษาการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเพิ่มเติมให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเปราะบางหรือกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว โรคที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ หรือกลุ่มคนที่มีลักษณะพิเศษในสังคม เพื่อศึกษาปัญหาและค้นหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นมิตรกับผู้ป่วยในสังคมปัจจุบัน



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองโรคเอดส์ฯ, แพทย์, บุคลากรทางการแพทย์บาล, เจ้าหน้าที่ ARV คลินิก, งานสุขศึกษา และประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์และคำแนะนำในการดำเนินงาน จนสำเร็จตามเป้าหมายรวมถึงผู้รับบริการใน ARV คลินิกทุกท่าน ที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557-2559. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานฉบับสมบูรณ์ ผลการสำรวจสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากวัณโรคในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2564. พฤษภาคม 2565.
3. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. ร่วมรณรงค์วันเอดส์โลก 2565 "Equalize : ทำให้เท่าเทียม". [อินเทอร์เน็ต]. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=30043&deptcode=brc>
4. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. การสำรวจสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. สำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1549120240328063459.pdf>
5. วันทนีย์ ธารณชนบุลย์, พัทธมณ เจริญนาวิ. การติตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10. วารสารโรคเอดส์ 2566; 35(1): 14-32.
6. สมยศ เจริญสุข, อุมาวี เหลลาทอง, ภูเบศร์ แสงสว่าง, เนตร หงษ์ไกรเลิศ. การบริการที่ไม่ติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 8(4): 24-34.
7. จีร์รัตน์ อินทวัฒน์, ชนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทระเกษม. กระบวนการทัศนคติในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: บทเรียนจากค่ายศิลาธรรม. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2560; 5(2): 376-387.
8. Israel GD. Determining sample size. Program Evaluation and Organizational Development IFAS. University of Florida 1992; PEOD-6.



9. สุภัทรา นาคะผิว. คู่มือสำหรับวิทยากร เพื่อฝึกอบรมสร้างความเข้าใจและป้องกันการตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรกลุ่มเฉพาะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจ. ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2555. มุขนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์; 2555.
10. ณีภูษวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์. การสื่อสารที่ส่งผลต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: ภาพตัวแทนและความหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ. วารสารโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562;103-115.
11. วรณี จิวปัญญา. ปัจจัยที่มีผลต่อความกังวลและทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. 2564; 15(1):30-40.
12. สุขาดา อวยจินดา. Mentoring coaching for Jorpor Series EP10 [อินเทอร์เน็ท]. 2564 มี.ค. 4 [เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ohswa.or.th/17744779/mentoring-coaching-for-jorpor-series-ep10>
13. กรรณิการ์ แสนสุภา, นเรศ กันชะวงศ์. การจัดการตนเอง: ทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน. วารสารศิลปศาสตร์ (วังนางเล็ง) มทร. พระนคร. 2564;1(1):25-37.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของเขตพื้นที่ อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

FACTORS INFLUENCING RELAPSE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN NONG PHOK DISTRICT, ROI ET PROVINCE

Received: January 05, 2024

Revised: March 18, 2025

Accepted: March 28, 2025

วัลลวลักษณ์ พลเชื้อ¹, ชวัลลักษณ์ สิริวัฒน์^{2*}, อนุสิทธิ์ ศรีพันธ์²

Wallaluk Polsue¹, Chawallak Siriwan^{2*}, Anousith Syphanh²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของเขตพื้นที่ อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 163 คน โดยใช้แบบสอบถามดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2567 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 ใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนหลายตัวแปร และการประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทมีรายได้ต่ำกว่า 1,500 บาท มีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้ตั้งแต่ 1,500 บาท ขึ้นไป เป็น 6.28 เท่า (AOR = 6.28, 95%CI = 1.55-25.48) ผู้ป่วยจิตเภท ที่ประกอบอาชีพมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็น 0.14 เท่า (AOR = 0.14, 95%CI = 0.03-0.63) ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยใช้สารเสพติด จะป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ร้อยละ 99 [(1-0.01)*100] (AOR = 0.01, 95%CI = 0.01-0.13) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้ที่ดี จะป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ร้อยละ 97 [(1-0.03)*100] (AOR = 0.03, 95%CI = 0.01-0.23) และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ร้อยละ 79 [(1-0.21)*100] (AOR = 0.21, 95%CI = 0.06-0.68) ตัวแปรอื่นข้อมูลไม่เพียงพอที่ระบุความสัมพันธ์

คำสำคัญ: ปัจจัยการทำงาน, การกำเริบซ้ำ, ผู้ป่วยจิตเภท

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

Professional Nurse Specialist, Nong Phok Hospital, Roi Et Province

² วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Doctor of Public Health Program, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

*Corresponding author E-mail: Chawallak101@gmail.com



Abstract

A cross-sectional analytic study was conducted to investigate factors influencing relapse in schizophrenic patients in Nong Phok District, Roi Et Province. The study included 163 participants and was carried out from May to September 2024, using a researcher-developed questionnaire. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, 25th and 75th percentiles, were used alongside inferential statistics. Multivariate logistic regression analysis and 95% confidence intervals (CIs) for adjusted odds ratios (AORs) were employed.

The results showed that the following factors influenced relapse among schizophrenic patients: Patients with an income below 1,500 baht had a 6.28 times higher likelihood of relapse compared to those earning at least 1,500 baht (AOR = 6.28, 95%CI = 1.55–25.48), Patients who were employed had a lower likelihood of relapse than unemployed patients, with a 0.14 times lower risk (AOR = 0.14, 95%CI = 0.03–0.63), Patients who had previously used substances were 99% less likely to experience relapse [(1–0.01)*100] (AOR = 0.01, 95%CI = 0.01–0.13), Patients with good knowledge about their condition had a 97% reduced risk of relapse [(1–0.03)*100] (AOR = 0.03, 95%CI = 0.01–0.23), Patients receiving strong social support had a 79% lower risk of relapse [(1–0.21)*100] (AOR = 0.21, 95%CI = 0.06–0.68). Other variables lacked sufficient data to determine any significant relationships.

Keywords: Predictive factors, relapse, schizophrenia patients



บทนำ

ปัจจุบันปัญหาความรุนแรงจากผู้มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุหลักมาจากการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า กัญชา หรือเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดการรักษาหรือรับยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง และก่อเหตุอาชญากรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม⁽¹⁾ ข้อมูลระบุว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุรุนแรง 3,815 คน และเกิดซ้ำ 510 คน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (2562) บุคคลที่มีอาการรุนแรงต้องได้รับการรักษา โดยหากพบพฤติกรรมเสี่ยง ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที (ม.22, ม.23, ม.27) โดยพฤติกรรมรุนแรงเกิดจาก 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ภาวะทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ความกดดัน ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงเป็นครั้งคราว 2) โรคจิตเวช เช่น อาการหวาดระแวง ประสาทหลอน หรืออารมณ์แปรปรวนจากการขาดยา ทำให้เกิดความรุนแรงในบางกรณี 3) โรคทางกาย เช่น การใช้สารเสพติดหรือโรคทางระบบประสาทบางชนิดที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การเฝ้าระวังและให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดความรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในสังคม⁽²⁾

จากข้อมูล 5 ปี ย้อนหลัง ของงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหนองพอกมีผู้ป่วยจิตเภทยอดสะสม ตั้งแต่ปี 2562-2566 จำนวน 598, 673, 730, 750 และ 775 ราย ตามลำดับ และจากสถิติปี 2562-2566 พบว่ามี ผู้ป่วยอาการกำเริบซ้ำ ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง ก่อเหตุรุนแรงจำนวน 23, 26, 52, 62 และ 57 ราย ตามลำดับ และยังพบผู้ป่วยจิตเภท ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง ดังกล่าว มีการก่อเหตุซ้ำๆ และคลุ้มคลั่งบ่อย ก่อความเดือดร้อนต่อครอบครัวหรือชุมชนและบางราย คลุ้มคลั่ง อาละวาดแต่ไม่เคยได้รับการบำบัดรักษา เนื่องจากครอบครัวหรือผู้ดูแลขาดศักยภาพในการดูแล หรือผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุหรือแม้กระทั่งถูกปล่อยให้อยู่คนเดียว ทำให้ชุมชนมีความหวาดกลัว ไม่เข้าใกล้ทำให้ต้องใช้แกนนำชุมชน หรือการทำประชาคมเพื่อนำผู้ป่วยจิตเภท มีอาการคลุ้มคลั่งดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และร่วมกันวางแผนดูแลต่อเนื่องในชุมชนและในขณะนำส่งผู้ป่วยยังพบความเสี่ยง คือผู้นำส่งหรือผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บขณะนำส่ง และพบอุบัติการณ์ทำลายทรัพย์สินของโรงพยาบาลขณะนำตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล⁽³⁾ จากสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มก้าวร้าว ก่อเหตุรุนแรง Serious Mental Illness with High Risk to Violence (SMI-V) โดยให้ความสำคัญของการดำเนินการค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าว เพื่อการติดตามการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการเจ็บป่วย และลดการสูญเสียหรือบาดเจ็บเพื่อให้ผู้ที่ทำงานด้านการดูแลสามารถเข้าใจและมีความคิดรอบคอบในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้เพิ่มเติมที่ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาสู่สภาวะสุขภาพจิตดีและอยู่ร่วมกับชุมชนได้ และลดความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงซ้ำทั้งต่อตนเองและผู้อื่น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร เช่น เพศ อายุ รายได้ อาชีพ



การศึกษา สถานภาพทางครอบครัว และการใช้สารเสพติด ซึ่งงานวิจัยของกนกรัตน์ ชัยนุ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ ขาดการมีส่วนร่วมในชุมชน และรับประทานยาต้านอาการทางจิต ไม่ต่อเนื่อง มีความเสี่ยงสูงต่อการกำเริบของโรคภายใน 1 ปี นอกจากนี้ หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ⁽⁵⁾ พบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชนและมาตรการติดตามเยี่ยมบ้านช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ สม่าเสมอ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์⁽⁶⁾ ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและบทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ด้านวุฒิชัย ชวนชนก และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า การใช้สารเสพติด ระดับอาการทางจิต และสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนกิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ⁽⁸⁾ พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น ปัจจัยด้านประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากครอบครัว และการดูแลจากชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีการเชื่อมโยงบริการระหว่างสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ และเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอหนองพอกเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ของเขตพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา สถานภาพ ผู้ดูแล เศรษฐฐานะทางครอบครัว การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และโรคร่วมอื่นๆ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านการดูแลของญาติ เป็นปัจจัยทำนายการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ของเขตพื้นที่ อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ของเขตพื้นที่ อำเภอหนองพอก



จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา สถานภาพ ผู้ดูแล เศรษฐฐานะทางครอบครัว การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และโรคอื่น ๆ ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การดูแลของญาติ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ของเขตพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัส F200-F209 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองพอกทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัส F200-F209 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองพอกทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ด้วยอาการกำเริบซ้ำเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีความยืดหยุ่น สามารถกำหนดขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการใช้โปรแกรม n4Studies ดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง⁽⁹⁾ มีรายละเอียดดังนี้

$$n = \frac{Z^2PQ}{d^2}$$

เมื่อ

$$Z = 1.96$$

$p = 0.12$ ค่าสัดส่วนอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง จากการศึกษาของกนกรัตน์ ชัยนุ และคณะ⁽⁴⁾ ปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในเขตอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังสะสมทั้งหมด 726 ราย มีผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบในชุมชนทั้งหมด จำนวน 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.39

$$Q = 1 - P = 1 - 0.12 = 0.88$$

$$d = 0.05$$

แทนค่าลงในสูตรได้

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.12 \times 0.88}{0.05^2}$$

$$n = 162.26 \approx 163 \text{ คน}$$



เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัส F200-F209 ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลหนองพอก ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 2) สื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ได้ยิน และการพูด และ 3) สนใจเข้าร่วมการศึกษา โดยลงนามในเอกสารยินยอม สำหรับการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือ ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานไปอยู่ที่จังหวัดอื่น ในช่วงของการเก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination Criteria) คือ 1) มีความประสงค์ไม่ร่วมโครงการต่อ 2) ย้ายไปพื้นที่อื่น 3) ติดตามข้อมูลไม่ได้ 4) อาสาสมัครสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือด้วยตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 บัณฑิตส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา สถานภาพ ผู้ดูแล เศรษฐฐานะ ทางครอบครัว การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และ โรคร่วมอื่นๆ

ส่วนที่ 2 ความรู้ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ให้เลือกตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ เพียงคำตอบเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยวัดระดับตาม Bloom⁽¹⁰⁾ คือ ระดับความรู้สูง (8-10 คะแนน) ระดับความรู้ปานกลาง (6-7 คะแนน) และระดับความรู้ต่ำ (0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบอัตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผล Best⁽¹¹⁾ การสนับสนุนทางสังคมดี ระหว่าง 38-50 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ระหว่าง 24-37 คะแนน และการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี ระหว่าง 10-23 คะแนน

ส่วนที่ 4 การดูแลของญาติ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบอัตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย การแปลผล Best⁽¹¹⁾ การดูแลของญาติดี ระหว่าง 35-45 คะแนน การดูแลของญาติปานกลาง ระหว่าง 25-34 คะแนน และการดูแลของญาติที่ควรปรับปรุง ระหว่าง 15-24 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของโครงสร้างเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของ



แบบสอบถามต่อไป และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์ของเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective: IOC) โดยค่า IOC รายข้อ โดยได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 ชุด ที่โรงพยาบาลโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ปัจจัยนำด้านความรู้ ใช้ KR-20 ด้านการสนับสนุนทางสังคม การดูแลของญาติโดยค่าความเชื่อมั่น ด้านความรู้โดยใช้ KR-20 เท่ากับ 0.866 และใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ด้านการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.765 การดูแลของญาติ เท่ากับ 0.823

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1.1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย เพศ อาชีพ การศึกษา สถานภาพ ผู้ดูแล เศรษฐฐานะทางครอบครัว การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และโรคร่วมอื่นๆ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และ ร้อยละ

1.2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย อายุ รายได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ของเขตพื้นที่ อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด โดยทำการวิเคราะห์ซึ่งใช้สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนหลายตัวแปร multiple logistic regression ประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 79.1 มีอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 51.5 เฉลี่ย 40.12 (S.D. = 12.12) มีรายได้ ต่ำกว่า 1,500 บาท ร้อยละ 57.1 โดยมีมัธยฐานของรายได้ 1,000 บาท ($P_{25} = 1000$ บาท: $P_{75} = 2,000$ บาท) มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 66.9 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.6 มีสถานภาพแบบไม่มีคู่ ร้อยละ 58.9 โดยมีผู้ดูแลท่านที่บ้าน คือ บุคคลภายในครอบครัว ร้อยละ 82.2 สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว คือ ไม่มีรายได้และมีภาระหนี้สิน ร้อยละ 84.7 เคยใช้สารเสพติดแต่เลิกมามากกว่า 1 ปี ร้อยละ 77.9 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีหรือปานกลาง ร้อยละ 59.5 ไม่มีโรคร่วมอื่นๆ ร้อยละ 90.2 ตามลำดับ



ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ของเขตพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,500 บาท มีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้ตั้งแต่ 1,500 บาท ขึ้นไป เป็น 6.28 เท่า (AOR = 6.28, 95%CI = 1.55-25.48) ผู้ป่วยจิตเภท ที่ประกอบอาชีพมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็น 0.14 เท่า (AOR = 0.14, 95%CI = 0.03-0.63) ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยใช้สารเสพติดจะป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ร้อยละ 99 [(1-0.01)*100] (AOR = 0.01, 95%CI = 0.01-0.13) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้ที่ดี จะป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ร้อยละ 97 [(1-0.03)*100] (AOR = 0.03, 95%CI = 0.01-0.23) และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ร้อยละ 79 [(1-0.21)*100] (AOR = 0.21, 95%CI = 0.06-0.68) ส่วนตัวแปรอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทของเขตพื้นที่อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด (n=163)

ข้อมูลทั่วไป	การกำเริบซ้ำ		OR _{Crude} (95%CI)	OR _{adjust} (95%CI)	p-value
	ไม่เกิด	เกิด			
เพศ					0.381
หญิง	22(26.8)	12(14.8)	0.47(0.21-1.03)	3.15(0.24-41.15)	
ชาย	60(73.2)	69(85.2)	1		
อายุ					0.765
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	34(41.5)	45(55.6)	1.76(0.94-3.28)	0.81(0.20-3.22)	
มากกว่า 40 ปี	48(58.5)	36(44.4)	1		
รายได้					0.010
ต่ำกว่า 1,500 บาท	35(42.7)	58(71.6)	3.38(1.76-6.49)	6.28(1.55-25.48)	
ตั้งแต่ 1,500 บาท ขึ้นไป	47(57.3)	23(28.4)	1		
อาชีพ					0.011
ประกอบอาชีพ	70(85.4)	39(48.1)	0.15(0.07-0.33)	0.14(0.03-0.63)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12(14.6)	42(51.9)	1		
ระดับการศึกษา					
มัธยมศึกษา	15(18.3)	33(40.7)	3.07(1.50-6.27)	1.15(0.3-4.33)	0.835
ประถมศึกษา	62(81.7)	48(59.3)	1		
สถานภาพ					0.414
ไม่มีคู่	46(56.1)	50(61.7)	1.26(0.67-2.35)	0.60(0.17-2.03)	
มีคู่	36(43.9)	31(38.3)	1		



ข้อมูลทั่วไป	การกำเริบซ้ำ		OR _{Crude} (95%CI)	OR _{adjust} (95%CI)	p-value
	ไม่เกิด	เกิด			
ผู้ดูแลท่านที่บ้าน					0.580
บุคคลภายนอกครอบครัว หรือไม่มีผู้ดูแล	18(22.0)	11(13.6)	0.55(0.24-1.27)	1.87(0.2-17.28)	
บุคคลภายในครอบครัว	64(78.0)	70(86.4)	1		
สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว					0.422
ไม่มีรายได้และมีภาระหนี้สิน	76(92.7)	62(76.5)	0.25(0.09-0.68)	0.37(0.03-4.06)	
มีรายได้และไม่มีการหนี้สิน	6(7.3)	19(23.5)	1		
การใช้สารเสพติด					0.001
ไม่เคยใช้เลย	31(37.8)	5(6.2)	0.10(0.39-0.29)	0.01(0.00-0.13)	
เคยใช้แต่เลิกมามากกว่า 1 ปี	51(62.2)	76(93.8)	1		
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว					0.097
น้อย	24(29.3)	42(51.9)	2.60(1.36-4.96)	2.65(0.83-8.41)	
ดีหรือปานกลาง	58(70.7)	39(48.1)	1		
โรคร่วมอื่นๆ					0.253
ไม่มีโรค	80(97.6)	67(82.7)	0.12(0.02-0.54)	0.18(0.01-3.34)	
มีโรค	2(2.4)	14(17.3)	1		
ความรู้					0.001
ไม่ดี	48(58.5)	17(21.0)	0.18(0.09-0.37)	0.03(0.01-0.23)	
ดี	34(41.5)	64(79.0)	1		
การสนับสนุนทางสังคม					0.010
ไม่ดี	47(57.3)	28(34.6)	0.39(0.20-0.74)	0.21(0.06-0.68)	
ดี	35(42.7)	53(65.4)	1		
การดูแลของญาติ					0.916
ไม่ดี	72(87.8)	67(82.7)	0.66(0.27-1.59)	1.1(0.17-6.97)	
ดี	10(12.2)	14(17.3)	1		

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้ต่ำ มีแนวโน้มเกิดอาการกำเริบซ้ำสูงขึ้น ในขณะที่ผู้ที่มีอาชีพ มีความรู้เกี่ยวกับโรค และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ และการใช้สารเสพติดในอดีตแต่เลิกไปแล้วมากกว่า 1 ปี พบว่ามีความสัมพันธ์กับการลดอาการกำเริบซ้ำ



อภิปรายผลการวิจัย

รายได้ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้ต่ำมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการกำเริบซ้ำสูงกว่าผู้ที่มียาได้สูงกว่า โดยปัญหาหลักที่พบ คือ ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การขาดแคลนค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ หรือการซื้อยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคงอาจส่งผลให้เกิดภาวะความเครียดเรื้อรัง ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่อาจนำไปสู่อาการทางจิตเวชที่รุนแรงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกรัตน์ ชัยนุ และคณะ⁽⁴⁾ ซึ่งระบุว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้ต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำมากขึ้น โดยมีค่า $OR=0.25$ ($95\% CI=0.08-0.73$) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย ขณะเดียวกัน หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ⁽⁵⁾ ยังเสนอว่า การช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายในชุมชนสามารถลดอุปสรรคทางเศรษฐกิจและส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจช่วยลดอัตราการกำเริบซ้ำของโรคได้

อาชีพ จากข้อมูลที่พบชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาชีพมีแนวโน้มเกิดอาการกำเริบซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยการทำงานช่วยให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิต สร้างความรู้สึกมีคุณค่า และลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับอาการกำเริบของโรค นอกจากนี้ การมีรายได้ที่มั่นคงจากการทำงานยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาและยารักษาโรคได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกรัตน์ ชัยนุ และคณะ⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพและมีรายได้มีความเสี่ยงต่ออาการกำเริบซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ว่างงาน โดยมีค่า $OR = 0.26$ ($95\% CI = 0.10-0.67$) นอกจากนี้ หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ⁽⁵⁾ ยังระบุว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน รวมถึงการสนับสนุนให้พวกเขามีบทบาทในสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดอาการกำเริบของโรค

การใช้สารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยที่เคยใช้สารเสพติด แต่สามารถเลิกได้เป็นระยะเวลาอันยาวนานมีแนวโน้มลดอัตราการกำเริบซ้ำของอาการจิตเภท ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการได้รับการบำบัดฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีระบบสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้อาการของโรคกลับมากำเริบได้ นอกจากนี้ การเลิกใช้สารเสพติดมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูระบบประสาท ลดอาการหลอนและความหวาดระแวง ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับงานวิจัยของกิงกาญจน์ ไชยบุศย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ⁽⁸⁾ ซึ่งพบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยอาการทางบวกและอาการทางลบของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ วุฒิชัย ชวนชนก และคณะ⁽⁷⁾ ยังพบว่า ประสิทธิภาพการใช้สุราและสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำได้

ความรู้เกี่ยวกับโรค การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำน้อยกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคน้อย เนื่องจากการมีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของ



โรค กระบวนการรักษา และปัจจัยกระตุ้นที่อาจทำให้อาการกำเริบ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่ออาการกำเริบ สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกรัตน์ ชัยนุ และคณะ⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทต่ำมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำสูงกว่า โดยมีค่า $OR = 0.35$ ($95\% CI = 0.12-0.96$) ขณะเดียวกัน บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์⁽⁶⁾ ได้เน้นย้ำว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคม จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือเครือข่ายทางสังคม มีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุน ปัจจัยเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การติดตามดูแลจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังเป็นกลไกสำคัญในการลดความเสี่ยงของการกลับมาเป็นซ้ำของโรค สอดคล้องกับงานวิจัยของหทัยกาญจน์ เสียงเพราะ⁽⁵⁾ ซึ่งพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน มีผลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ และมีความสามารถโดยรวมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การจัดตั้งเครือข่ายดูแลผู้ป่วย และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของโรคจิตเภท

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) พัฒนาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้น้อยให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีมาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เช่น การให้สิทธิในการรับยาฟรี การช่วยเหลือค่าเดินทางไปพบแพทย์ และการสนับสนุนด้านอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกำเริบซ้ำของโรค

2) ส่งเสริมโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพอาชีพและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดยการฝึกอบรมอาชีพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เช่น งานฝีมือ งานบริการ หรือเกษตรกรรม รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีบทบาทในกิจกรรมของชุมชน จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ลดภาวะซึมเศร้า และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

3) พัฒนาระบบการดูแลแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาล ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน โดยมีการจัดตั้งเครือข่ายติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เน้นการสนับสนุนทางสังคม เช่น การเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ การจัดกลุ่มสนับสนุนสำหรับครอบครัว และการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชัน



เดือนให้รับประทานยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ลดโอกาสของการหยุดยา และลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของอาการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2565.
2. จุกฎ พรหมสีดา. (2565). พ.ร.บ.สุขภาพจิต ระบุชัด พบ 'ผู้มีภาวะอันตราย-ต้องรักษา' สามารถแจ้ง พนักงานปกครอง ให้ส่งตัวไปรักษาต่อที่ รพ. โดยกรมสุขภาพจิต เน้นย้ำสังคมร่วมมือเฝ้าระวังพร้อมแจ้ง เหตุที่อาจนำมาซึ่งความรุนแรง ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิตฯ ซึ่งครอบคลุมมีส่วนสำคัญในสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดไม่ขาดการรักษา กินยาอย่างสม่ำเสมอ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2565.
3. โรงพยาบาลหนองพอก. รายงานผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหนองพอก. หนองพอก: โรงพยาบาลหนองพอก, 2567.
4. กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข และมิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2562; 1(1): 15-24.
5. หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์ 2564; 36(2): 413-426.
6. บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ. อาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวช. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
7. วุฒิชัย ชวนชนก และคณะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565; 36(3): 81-97.
8. กิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท และใช้สารเสพติดในชุมชนเขตภาค วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2559; 30(1): 139-159.
9. Cochran, W. G. Sampling techniques. New York: John Wiley and Sons, Inc., 1953.
10. Bloom, B.S. Taxonomy of Education. New York : David McKay Company Inc., 1975.
11. Best, B.S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning. New York: David Mackay, 1981.



การพัฒนาารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนอาหารปลอดภัย อำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ :
กรณีศึกษาการลดสารเคมีตกค้าง

THE DEVELOPMENT MODEL TO COMMUNITY MOTION OF FOOD SAFETY AT
KHONG CHAI DISTRICT, KALASIN PROVINCE: A CASE STUDY OF
REDUSE CHEMICAL RESIDUE

Received: November 04, 2024

Revised: February 23, 2025

Accepted: March 11, 2025

มยุรี สุวรรณโคตร^{1*}

Mayuree Suwannakhot^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนอาหารปลอดภัย อำเภอเมืองชัย เมืองอาหารปลอดภัย กรณีศึกษาการลดสารเคมีตกค้าง คัดเลือกจากกลุ่มตัวแทนคณะกรรมการ ภาควิชาเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ด้วยวิธีคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และ แบบคำถามสนทนากลุ่ม ระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และ สถิติการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า คณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากภาควิชาเครือข่าย อายุเฉลี่ย 53.3 ปี ประสบการณ์ทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิต เฉลี่ย 3.13 ปี ผลการพัฒนาารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า (1) ศึกษาบริบท สภาพปัญหา และกำหนดเป้าหมายที่จะพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบอาหารปลอดภัย (2) สรุปสถานการณ์และพฤติกรรมเสี่ยง และการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (3) การติดตามประเมินผลในหมู่บ้านต้นแบบ สรุปผลและจัดมหกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อมอบรางวัลให้หมู่บ้าน พชอ. ต้นแบบ และ (4) ประเมินผลการดำเนินการด้วย TOWS analysis และการนำเสนอการเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงาน ก่อน-หลัง พัฒนาฯ ทั้งนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบในการเข้าร่วมการประเมินอาหารปลอดภัย ภายใต้การดำเนินงานของ พชอ.ภายใต้คำจัดความของคำว่า K-FRAMES คือ ภาพที่อยากให้เห็นปรากฏเพื่อชาวเมืองชัย ในการส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, การลดสารเคมีตกค้าง, คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.), อาหารปลอดภัย

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Khon Chai District Public Health Office, Kalasin Province

*Corresponding author E-mail: phooputtha.m@gmail.com



Abstract

The action research aimed to study the development model to community motion of food safety at Khong Chai district, Kalasin province: a case study of reduce chemical residue. The samples were selected 30 samples from network partner and stake holder using purposive sampling technique. The instruments were used the quantitative data with in-depth interview and a group discussion questionnaire, which implementation 6 months. The statistical was used descriptive statistic and content analysis.

The results showed; the samples were selected 30 samples from network partner and stake holder with mean of age 53.3 years, and experience with mean on development of quality of life operating at 3.13 years. The development of quality of life operating at Khong Chai district in the follows; (1) study the context, problem situation, and set the goal to development of the role community of food safety (2) conclusion the situation and health behavior risk, and participation action meeting (3) follow-up and evaluation the role community, conclusion and set the ceremony of Khong Chai district of development of quality of life fair and (4) evaluation with TOWS analysis and compare before-after operating the development model of quality of life operating at Khong Chai district. The key success is lesson learn in the role of community to join the development of quality of life operating at Khong Chai district, which under the definition of K-FRAMES is the picture to appear for Khong Chai population for promoting the quality of life in the setting area.

Keywords: Action Research, A reduce chemical residue, Development of Quality of life operating at District, Safety Food



บทนำ

รัฐบาลได้ประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เปรียบเสมือนเข็มทิศในการขับเคลื่อน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน โดยใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง ร่วมกันพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน⁽¹⁾ ทั้งนี้ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีนโยบายการขับเคลื่อนในการดำเนินงานตามนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งได้มีการถ่ายทอดลงไปยังแต่ละอำเภอ เพื่อค้นหาปัญหาหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องของทางสิ่งแวดล้อมและสังคม⁽²⁾ โดยการประเมินความสำเร็จของ พชอ. ในภาคสาธารณสุขตามเกณฑ์ของ UCCARE (Unity team, Customer focus, Community participation, Appreciation, Resource sharing & human development, และ Essential care) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เริ่มแนวทาง ขยายการดำเนินงาน ดำเนินงานแบบเป็นระบบ เรียนรู้ และ บูรณาการ⁽³⁾

อำเภอเมืองชัย ได้ดำเนินการขับเคลื่อน พชอ. เมืองชัย ในกลยุทธ์หลัก ประเด็น“เมืองชัย เมืองอาหารปลอดภัย ไร้สารเคมีตกค้าง เป็นแบบอย่างของจังหวัด” โดยการบูรณาการทุกภาคส่วนในพื้นที่⁽⁴⁾ ซึ่งประเด็นความปลอดภัยด้านอาหาร ส่งผลต่อสุขภาพประชาชนและระบบสาธารณสุข รายงานการเกิดพิษจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2563 พบผู้ป่วยรวม 46,874 ราย และผู้เสียชีวิตรวม 49 ราย โดยพบรายงานผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยรวม 5,721 ราย อัตราป่วย 8.62 ต่อแสนประชากร⁽⁵⁾ การตรวจคัดกรองสารเคมีตกค้างในเลือด ในภาพรวมระดับประเทศ ระหว่างปี 2563-2565 พบว่า ระดับปกติ ร้อยละ 47.83, 48.99 และ 52.19 ระดับความปลอดภัย ร้อยละ 26.46, 29.67 และ 24.71 ระดับมีความเสี่ยง ร้อยละ 16.98, 13.98 และ 14.32 และ ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 8.50, 7.18 และ 8.58 ตามลำดับ ระดับเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ระดับปกติ ร้อยละ 64.76, 48.99 และ 56.92 ระดับความปลอดภัย ร้อยละ 20.76, 20.49 และ 22.90 ระดับมีความเสี่ยง ร้อยละ 9.31, 7.54 และ 12.32 และ ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 5.08, 4.82 และ 7.84 ตามลำดับ และระดับจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับปกติ ร้อยละ 87.93, 88.61 และ 21.82 ระดับความปลอดภัย ร้อยละ 7.09, 10.25 และ 19.13 ระดับมีความเสี่ยง ร้อยละ 3.44, 1.00 และ 33.14 และ ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 1.54, 0.13 และ 25.89 ตามลำดับ อำเภอเมืองชัย พบว่า ระดับปกติ ร้อยละ 15.98, 1.64 และ 12.63 ระดับความปลอดภัย ร้อยละ 46.12, 61.07 และ 29.80 ระดับมีความเสี่ยง ร้อยละ 31.5, 33.61 และ 37.50 และ ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 6.39, 3.69 และ 20.08 ตามลำดับ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ อำเภอเมืองชัยได้รวบรวมข้อมูลปริมาณการใช้สารเคมีในการผลิตข้าวในปี ร้อยละ 73.00 และข้าวนาปรัง ร้อยละ 79.00 ของพื้นที่ทำการเกษตรทั้งหมด และการขอรับรองการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดี (Good Agricultural Practice: GAP) ค่อนข้างน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.38 ของเกษตรกรที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่⁽⁴⁾



ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจส่งผลกับข้อมูลทางวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า เกษตรกรมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งต่อผู้ใช้และบุคคลใกล้ชิด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว⁽⁷⁾ ตั้งแต่อาการเล็กน้อย ได้แก่ อ่อนเพลีย มึนงง ใจสั่น เหงื่อออก น้ำลายไหล วิงเวียน และตาพร่ามัว ส่วนอาการรุนแรง ได้แก่ อาการใจเต้นเร็ว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเกร็งช่องท้อง กล้ามเนื้อตึง กระตุกที่ใบหน้า เหนื่อยหอบ แขนขากระตุก ตามัว ม่านตาหดลง หมดสติ หายใจติดขัด หายใจช้าลง และอาจเสียชีวิตได้ ส่วนอาการระยะยาว หรือเรื้อรัง คือ เกิดพยาธิสภาพที่ตับ ไต ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาทผิดปกติ กระสับกระส่าย พุดจาซำลง สุขภาพอ่อนแอ และอาจส่งผลให้สมองเสื่อมได้⁽⁷⁾ นอกจากนี้ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รายงานผลกระทบสารเคมีทางการเกษตร เกิดปัญหาการตกค้างของสารเคมี เกิดการสะสมสารเคมีในห่วงโซ่อาหาร พบการปนเปื้อนและสลายตัวได้ยากในระบบนิเวศและสิ่งมีชีวิต⁽¹⁵⁾

จากข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่ รวมไปถึงนโยบายการดำเนินงาน พชอ. หนองชัย ในการขับเคลื่อนในกลยุทธ์ “ประเด็นหนองชัย เมืองอาหารปลอดภัย ไร้อาหารเคมีตกค้าง เป็นแบบอย่างของจังหวัด” จึงมุ่งประเด็นให้สอดคล้องกับนโยบายและผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนชุมชนอาหารปลอดภัย เพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงานและประเมินผลที่เหมาะสมในการดำเนินงานของ พชอ. หนองชัย ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนอาหารปลอดภัย อำเภอหนองชัย เมืองอาหารปลอดภัย กรณีศึกษาการสารเคมีตกค้าง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบงานวิจัยการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของ Demming WE.⁽⁸⁾ จำนวน 1 วนรอบการดำเนินงาน ประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผน (Plan: P), ขั้นตอนปฏิบัติการ (Do: D), ขั้นตอนติดตามและประเมินผล (Check; C), และขั้นตอนปรับปรุง (Act; A) โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ระหว่างเดือน พฤษภาคม-ตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกจากกลุ่มตัวแทนคณะกรรมการ ภาศึเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ โดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เพื่อให้เพียงพอต่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ ตัวแทนจากหน่วยงานของรัฐในหน้าที่คณะกรรมการหลัก นายอำเภอ ประธานคณะกรรมการ พชอ. 1 คน, ปลัดอาวุโส รองประธานคณะกรรมการ 1 คน, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองชัย 1 คน, รวมทั้ง



หน่วยงานภาครัฐ 6 คน, และสาธารณสุข ประกอบด้วย 10 คน ตัวแทนจากภาคีเครือข่าย ได้แก่ ภาคเอกชน 5 คน และตัวแทนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภาคประชาชน 6 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานหรืออาศัยในพื้นที่ อ.หนองชัย, ได้รับความหมายในตำแหน่งตั้งคณะกรรมการ พชอ., มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และมีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ คณะกรรมการที่มีโรคประจำตัวรุนแรง ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่ามีโรคประจำตัวทางร่างกาย และจิตใจ ไม่สามารถในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติงานได้ครบตามวาระของคณะกรรมการ พชอ.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการ พชอ. หนองชัย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการ พชอ. ระดับอำเภอ โดยประยุกต์แบบสัมภาษณ์ของ รศ. ดร. นพ.ภูดิท เตชาวัฒน์ และคณะ⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 11 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะการทำงาน หรือภาพลักษณ์ของ พชอ., รูปแบบการดำเนินงานในปัจจุบัน และการท้าทายต่อการดำเนินงาน, ความเหมาะสมของโครงสร้างและองค์ประกอบการทำงาน, นโยบายและกระบวนการดำเนินงาน, การกำกับติดตามและประเมินผล รวมทั้ง แนวทางการส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นต้น

ส่วนที่ 3 แบบคำถามการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ โดยประยุกต์แบบสัมภาษณ์ของ รศ. ดร. นพ.ภูดิท เตชาวัฒน์ และคณะ⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 13 ข้อคำถาม ได้แก่ ความคิดเห็นต่อการทำงาน พชอ., รูปแบบการทำงาน พชอ., การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน, การบูรณาการร่วมกับการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อม, การส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนในพื้นที่, การดำเนินงานแบบบูรณาการที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง, ทิศทางบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พชอ., การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน, การบริหารทรัพยากรร่วมกัน, และการสร้างความผูกพันหรือการสร้างความตระหนักต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่พื้นที่ เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพื่อสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ด้วยค่า IOC (Index of item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.79 จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ



การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบาย ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จากการถอดบทสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่รับรอง KLS.REC43/2566 ลงวันที่ 5 เมษายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ดังนี้ เพศชาย จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.67 เพศหญิง จำนวน 16 คน ร้อยละ 53.33 มีอายุเฉลี่ย 53.3 ปี น้อยที่สุด 38 ปี และมากที่สุด 75 ปี ประสบการณ์ทำงาน พชอ. เฉลี่ย 3.13 ปี น้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 5 ปี ตามลำดับ

2. การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนอาหารปลอดภัย อำเภอเมืองชัย เมืองอาหารปลอดภัย กรณีศึกษาการสารเคมีตกค้าง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน รูปแบบการดำเนินงานของ Demming WE⁽⁸⁾ ดังนี้

2.1 ชั้นวางแผน (Plan: P) มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในพื้นที่ พบว่า อำเภอเมืองชัยมีศูนย์การเรียนรู้เกษตรอินทรีย์ปลอดภัยต้นแบบ ใน 4 หมู่บ้าน รวมทั้งในส่วน ของศูนย์ราชการมีแปลงสาธิตเกษตรอินทรีย์ต้นแบบ ทั้งนี้ เกษตรกร ผู้ประกอบการด้านอาหาร ปลอดภัย ประชาชนชาวอำเภอเมืองชัยได้รับการตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดเกษตรกร

2) เป้าหมายที่จะพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบอาหารปลอดภัย 5 ประเด็น เพื่อให้เกิด กระบวนการขับเคลื่อนซึ่งเป็นภาพปรากฏในการดำเนินงานในพื้นที่ (K-FRAME) ได้แก่

(1) ชาวบ้านมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (K = Khong Chai population) ลดการใช้ สารเคมีในเกษตรกร มีมาตรการชุมชน (R = Regulation)

(2) สร้างกระบวนการพัฒนา (A = Achievement) ชุมชนด้านเกษตรปลอดภัย อาหาร ปลอดภัย ด้วยหลัก “การพึ่งตนเอง” (F = Food safety)

(3) การบริหารจัดการชุมชนโดยคนในชุมชน สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วย ตนเอง (M = Model/ Management)

(4) จัดระบบการบริหารจัดการชุมชนและพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน ติดตามและ ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างเครือข่ายวิสาหกิจในชุมชน (E = Evaluation)



(5) เป็นต้นแบบในการส่งเสริมความรู้ด้าน ด้านเกษตรปลอดภัย อาหารปลอดภัย
 สู่หมู่บ้านอื่นต่อไป (E = Evaluation, S = Sustainable)

2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Do: D) ดำเนินกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแล
 กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

1) สรุปสถานการณ์และพฤติกรรมเสี่ยงของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง และปัจจัยทางสุขภาพ
 และคุณภาพชีวิตของอำเภอหนองชัย

2) ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มภาคีเครือข่ายและกลุ่มผู้มีส่วนได้
 ส่วนเสียของการดำเนินงาน พชอ. หนองชัย ด้วยการดำเนินแนวทางตาม UCCARE โดยกำหนดพื้นที่
 ต้นแบบและผู้รับผิดชอบ ในการดำเนินกิจกรรมติดตามและประเมินผล โดยพิจารณาให้ครอบคลุม
 ทุกภาคส่วน โดยกำหนดพื้นที่ต้นแบบ ให้ครอบคลุมทุกตำบลในเขตพื้นที่อำเภอหนองชัย

2.3 ขั้นติดตามและประเมินผล (Check: C) การตรวจสอบการพัฒนา รูปแบบการขับเคลื่อน
 ชุมชนอาหารปลอดภัย อำเภอหนองชัย เมืองอาหารปลอดภัย กรณีศึกษาการสารเคมีตกค้าง ด้วยการ
 สังเกตการณ์และมีส่วนร่วม ร่วมกับการประเมินผลการดำเนินงานของ พชอ. ดังนี้

1) การประเมินคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองชัย จำนวน 8 หมู่บ้าน โดยแต่ละหมู่บ้าน
 เน้นการนำเสนอหลังการเริ่มต้นแบบ และบุคคลต้นแบบด้านเกษตรกรและด้านสุขภาพ ด้วยรูปแบบ
 ของการนำเสนอผ่านวีดิทัศน์ ป้ายนิทรรศการ ร่วมกับการเยี่ยมชมติดตามและการเสริมพลังในพื้นที่
 ต้นแบบ

2) การประเมินผลลัพท์ ได้แก่ การตรวจคัดกรองสารเคมีตกค้างในเลือด ปี 2566 พบว่า
 ระดับปกติ ร้อยละ 16.21 ระดับความปลอดภัย ร้อยละ 45.32 ระดับมีความเสี่ยง ร้อยละ 34.22 และ
 ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 4.25 ตามลำดับ ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับปี 2565 ข้อมูลปริมาณการใช้สารเคมี
 ในการผลิตข้าวในปี ลดลงเหลือ ร้อยละ 63.00 และข้าวนาปรัง ร้อยละ 62.00 ของพื้นที่ทำการเกษตร
 และการขอรับรองการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดี (GAP) เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 37.07 ของเกษตรกร
 ที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่

3) ประชุมคณะกรรมการ พชอ.หนองชัย เพื่อสรุปผลการประกวดการประเมินหมู่บ้าน
 ต้นแบบ พชอ. ให้กรรมการแต่ละประเด็นเข้ากลุ่มและสรุปผลการประเมิน โดยเรียงลำดับ หมู่บ้าน
 ต้นแบบตามประเด็น พชอ. หนองชัย ปี 2566 ดังนี้ รางวัลชนะเลิศ บ้านเหล่าใหญ่ ม.6 ต.หนองชัยพัฒนา,
 รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 บ้านท่าเยี่ยม ม.6 ต.ลำชี, รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 บ้านขาด ม.11
 ต.หนองชัยพัฒนา และบ้านดอนม่วง ม.8 ต.โนนศิลาเลิง ตามลำดับ

4) จัดมหกรรม พชอ. ระดับอำเภอ มอบรางวัลหมู่บ้านต้นแบบ พชอ. ณ หอประชุมอำเภอ
 หนองชัย นอกจากนี้ ประธานคณะกรรมการได้ประกาศนโยบายการดำเนินงาน พชอ. ปี 2567 และ
 รูปแบบการดำเนินกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมให้เกิดหมู่บ้านต้นแบบในปี 2567



2.4 ขั้นตอนการปรับปรุง (Act: A) ดังนี้

1) ประเมินผลด้วยการวิเคราะห์กระบวนการ TOWS Analysis ด้วยการถอดบทเรียนจากการศึกษาสถานการณ์ ร่วมกับการติดตามแลประเมินผลในพื้นที่ ร่วมกับการประเมินจากคณะกรรมการ พชอ. รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์กระบวนการ TOWS Analysis

<p>SO (Strength + Opportunity) หรือ กลยุทธ์เชิงรุก</p> <ul style="list-style-type: none"> - จุดแข็ง (Strength) พื้นที่ที่มีการตื่นตัวและตั้งใจในการเตรียมการและประเมิน, คณะกรรมการมีส่วนร่วมการติดตามประเมินทุกภาคส่วน, ประธาน พชอ. ที่เข้มแข็ง และเป็นที่ยอมรับของทุกหมู่บ้าน - โอกาสพัฒนา (Opportunity) เพิ่มขีดความสามารถของพื้นที่ด้วย การเพิ่มตัวชี้วัดของการแก้ไขปัญหา พชด. เฉพาะพื้นที่ เช่น ลำชี เกี่ยวกับ อุทกภัย 	<p>WT (Weaknesses + Threats) หรือ กลยุทธ์เชิงรับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จุดอ่อน (Weaknesses) ระยะเวลาของการนำเสนอของพื้นที่ และคณะกรรมการ ซึ่ง ไม่ค่อยสมดุลซึ่งกันและกัน , รวมทั้งข้อคำถามที่สอบถามข้ามองค์ประกอบ ซึ่งพื้นที่เตรียมผู้ตอบคำถามไว้แล้ว ไม่ได้ตอบคำถาม - อุปสรรค (Treats) ระยะทาง และสถานที่การนำเสนอ พชอ. ทั้งนี้ อยู่ภายใต้เงื่อนไขของการจับฉลาก และ การส่งพื้นที่เข้าประกวดของแต่ละตำบล
<p>ST (Strength + Threats) หรือ กลยุทธ์เชิงป้องกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - จุดแข็ง (Strength) องค์ประกอบค่อนข้างสมบูรณ์ ผู้นำและคณะกรรมการชัดเจน ประชาชนและพื้นที่มีความพึงพอใจ - อุปสรรค (Treats) ระยะทาง เนื่องจากใช้กระบวนการจับฉลากเพื่อจัดลำดับการนำเสนอ พื้นที่สามารถวางแผนและจัดการเพื่อให้เกิดความสะดวก และคามพร้อมต่อการนำเสนอในครั้งต่อไป 	<p>WO (Weaknesses + Opportunity) หรือกลยุทธ์เชิงแก้ไข</p> <ul style="list-style-type: none"> - จุดอ่อน (Weaknesses) ชี้แจงผู้นำเสนอ และผู้ดำเนินการเพื่อให้เกิดการใช้เวลาในการนำเสนอให้สมดุล และแยกถามคำถาม ตามประเด็นของผู้รับผิดชอบ - โอกาสพัฒนา (Opportunity) สร้างตัวประเมินหลัก 3 ด้าน และ ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ 1 ด้าน เพื่อให้เห็นถึงการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ที่แท้จริง

2) การนำเสนอการพัฒนาแบบการขับเคลื่อนชุมชนอาหารปลอดภัย อำเภอเมืองชัย เมืองอาหารปลอดภัย กรณีศึกษาการสารเคมีตกค้าง รวมทั้งการเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงาน ก่อน-หลัง พัฒนาฯ รายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงการนำเสนอการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
 อำเภอเมืองชัย เมืองอาหารปลอดภัย ไร้สารเคมีตกค้าง เป็นแบบอย่างจังหวัดกาฬสินธุ์

องค์ประกอบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่ได้รับการพัฒนา
การทำงานร่วมกันใน ระดับอำเภอ (Unity District Health Team)	คณะกรรมการยังไม่ครบทุกภาค ส่วน ทุกพื้นที่ หรือองค์ประกอบที่ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานใน พื้นที่	มีการประชุมเพื่อหารือ และแต่งตั้ง คณะกรรมการ ครบทุกภาคส่วน ทุกพื้นที่ หรือครบองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินงาน
ประชาชนและผู้รับบริการ ได้รับการบริการตามความ จำเป็น (Customer Focus)	เกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ได้รับการ ตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือด	เกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรอง สารเคมีในเลือด รวมทั้ง ประชาชนในพื้นที่ ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
มีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายของชุมชน (Community Participation)	อบรมการส่งเสริมการให้ความรู้ เฉพาะส่วน หรือหน่วยงาน	ส่งเสริมและอบรมการให้ความรู้และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแบบ บูรณาการ โดยนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเป็น ตัวแทนในแต่ละกลุ่มร่วมเข้าประชุม ได้แก่ เกษตรกรกลุ่มเสี่ยง, ประชาชน, อสม., กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภา อบต./ทต. ทุก แห่ง
ทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับ ผู้รับบริการและตัวผู้ ให้บริการเอง (Appreciation)	คัดเลือก พื้นที่และติดตามการ ดำเนินงาน	ติดตามการดำเนินงานทุกพื้นที่ต้นแบบ พื้นที่ นำร่อง และประเมินผลด้วยการประกวดพื้นที่ ต้นแบบ เพื่อเสริมกำลังใจต่อการดำเนินงาน ของแต่ละพื้นที่ เพื่อคัดเลือกพื้นที่ ที่มีผลการ ดำเนินงานดีเด่นเข้าประกวดในระดับที่สูงขึ้น
แบ่งปันทรัพยากรและการ พัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development)	ยังเป็นการดำเนินกิจกรรมแบบ แยกภาคส่วน	เกิดการบูรณาการในการร่วมใช้วัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ระหว่าง หน่วยงาน โดยมีการชี้แจงกิจกรรมของแต่ละ หน่วยงานในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ ระดับอำเภอ
การให้บริการสุขภาพตาม บริบทที่จำเป็น (Essential Care)	เกษตรกรที่มีโรคที่เกี่ยวข้องกับ โรคทางอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ได้รับการดูแลรักษา ทุกราย	เกษตรกรที่มีโรคที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม ได้รับการดูแลรักษา นอกจากนี้ ยังส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคทางอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม ที่เกิดจากสารเคมีตกค้างในเลือด



3) การถอดบทเรียนจากการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนอาหารปลอดภัย อำเภอหนองชัย เมืองอาหารปลอดภัย กรณีศึกษาการสารเคมีตกค้าง

สรุปผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนอาหารปลอดภัย อำเภอหนองชัย เมืองอาหารปลอดภัย กรณีศึกษาการสารเคมีตกค้าง พบว่า ขั้นตอนวางแผน (P) ได้ศึกษาบริบท สภาพปัญหา และกำหนดเป้าหมายที่จะพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบอาหารปลอดภัย, ขั้นตอนปฏิบัติการ (D) สรุปสถานการณ์และพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, ขั้นตอนติดตามประเมินผล (C) ประเมินหมู่บ้านต้นแบบ ประเมินผลลัพธ์ความปลอดภัยทางอาหารและสารเคมีในพื้นที่ดีขึ้น การสรุปผลและการจัดมหกรรมเพื่อมอบรางวัลให้หมู่บ้าน พขอ. ต้นแบบ, และขั้นตอนการปรับปรุง (A) การประเมินผลด้วย TOWS analysis และเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงาน ก่อน-หลัง พัฒนาฯ ถอดบทเรียนการดำเนินงานอาหารปลอดภัย และก่อให้เกิดคำจัดความของคำว่า K-FRAMES คือ ภาพที่อยากให้เห็นปรากฏเพื่อชาวหนองชัย เริ่มมีที่มาจากเป้าหมายการดำเนินงาน การร่วมเรียนรู้ปฏิบัติ สร้างมาตรการชุมชน สร้างเครือข่าย ติดตามประเมินผลแล้วหากวิถีให้กิจกรรมนี้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ถอดบทเรียนและนำเสนอให้สอดคล้องกับ UCCARE

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนอาหารปลอดภัย อำเภอหนองชัย เมืองอาหารปลอดภัย กรณีศึกษาการสารเคมีตกค้าง พบว่า การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเกิดจากการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในพื้นที่ การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การจัดแผนการปฏิบัติการ การดำเนินงานด้วยกิจกรรมตามแผน การสังเกตการณ์และการประเมิน และการถอดบทเรียน ซึ่งผลของการศึกษาใกล้เคียงกับรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ สักดินันท์ ดวงตา⁽¹⁰⁾ พบว่า (1) สภาพปัญหาการดำเนินงาน ด้านคณะกรรมการขาดความเข้าใจ แนวทางการดำเนินงาน และบทบาท หน้าที่ ด้านงบประมาณ การบริหารงบประมาณขาดประสิทธิภาพ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร แผนการ พัฒนาบุคลากร ไม่ชัดเจน และการจัดกิจกรรมพัฒนาบุคลากรไม่ตรงตามแผน (2) รูปแบบการดำเนินงานเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ประกอบด้วย การขับเคลื่อนการดำเนินงาน, การพัฒนาศักยภาพบุคลากร, การคืนข้อมูลสู่ชุมชน และการถอดบทเรียน ดังนั้น การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อน โดยอาศัยหลักการประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ ในการศึกษาของธงชัย ปัญญรัตน์⁽¹¹⁾ พบว่า รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีกระบวนการขับเคลื่อนของแต่ละอำเภอตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยสรุปผลลัพธ์ของ



การดำเนินงาน พขอ. 5 ประเด็น ดังนี้ (1) การส่งเสริม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ควรมีการส่งเสริม กลุ่มจิตอาสาที่เข้มแข็ง และสนับสนุน โครงการที่ดำเนินการให้มีความต่อเนื่อง ยั่งยืน, (2) การส่งเสริม ด้านสัมพันธภาพทาง สังคม ควรมีการอนุรักษ์สืบสานและส่งเสริมประเพณีที่ดีงาม และการสร้าง องค์ความรู้ของประเพณีและภูมิปัญญาของชุมชน, (3) การส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อม ควรส่งเสริมให้ ครัวเรือนมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม, (4) การส่งเสริมด้าน เศรษฐกิจ ควรส่งเสริมให้มีการอบรมความรู้เฉพาะทางและการส่งเสริมให้มีอาชีพที่หลากหลายมากขึ้น, และ (5) ด้านความมั่นคงปลอดภัย ควรมีการส่งเสริมกลุ่มจิตอาสาในการรักษาความสงบเรียบร้อย และ การสร้างองค์ความรู้ด้านความมั่นคงปลอดภัย เพื่อให้สามารถดูแลความปลอดภัยในชุมชน ดังการศึกษาของปรางทิพย์ ภักดีศิริไพรวลัย⁽¹²⁾ และด้านปัจจัยความสำเร็จผลการศึกษา ใกล้เคียงกับ การศึกษาของวรชาติ จำเริญพัฒน์⁽¹³⁾ พบว่า ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจังหวัดกาฬสินธุ์ ปัจจัยความสำเร็จคือ การบูรณาการร่วมกับภาคี เครือข่ายอย่างมีคุณค่าและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ รูปแบบการประเมินคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ช้องชัย จะมุ่งเน้นเพื่อตอบสนองนโยบายเมืองอาหารปลอดภัยนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยฤดี ฉายแสงมงคล⁽¹⁶⁾ พัฒนางานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมทั้งภาคีภาครัฐและชุมชน พบว่า การพัฒนาต้นน้ำให้มีคุณภาพด้วยการสร้างเครือข่ายเกษตรกรเพาะปลูกเกษตรกรอินทรีย์ พัฒนากลางน้ำ ด้วยการตรวจสอบผลิตผลทางการเกษตรและเฝ้าระวังสารเคมี และพัฒนาปลายน้ำการนำส่งอาหาร ปลอดภัยถึงผู้บริโภคในช่องทางต่างๆ เกิดเป็นสุขภาวะทางชุมชนและสังคม ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญ และเป็นโอกาสในการพัฒนาเพื่อขับเคลื่อนอาหารปลอดภัยในพื้นที่อำเภอช้องชัย นอกจากนี้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตควรให้การสนับสนุนแกนนำในการดำเนินงานในพื้นที่ ดังการศึกษาของ สุพัตรา ถิ่นไพบูลย์ และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า การสนับสนุนจากองค์กร ด้านการบริหารจัดการ ด้านเทคโนโลยี มิตติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และด้านงบประมาณ ย่อมส่งเสริมคุณค่าต่อการ ดำเนินงาน-ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาเพื่อให้เกิดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ขับเคลื่อนชุมชนอาหารปลอดภัยแบบบูรณาการในพื้นที่ต่อไป

ทั้งนี้ ข้อจำกัดทางการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีจำนวนน้อย ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวแทนคณะกรรมการของ พขอ. ที่กำหนดขึ้นพื้นฐาน นอกจากนี้ ระยะเวลาใน การศึกษา 1 ครอบรอบของการดำเนินงานค่อนข้างสั้น จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งในการพัฒนาการดำเนินงานใน ครอบรอบต่อไป เพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบที่เหมาะสมของพื้นที่ต่อไป



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรเปิดโอกาสและส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในจัดทำแผนการดำเนินงาน เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทปัญหาของพื้นที่ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือประชาชน และการประเมินผลการดำเนินงาน
2. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รวมทั้งศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจกระบวนการในการดำเนินงานที่ลึกซึ้ง และสามารถนำไปถ่ายทอดหรือประยุกต์ใช้ในองค์ประกอบอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย, และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561; 2561.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. การสาธารณสุขไทย 2559-2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. สำนักงานยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย. คู่มือการประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. มยุรี สุวรรณโคตร. ข้อมูลประเด็น พชอ. ดิเด่นผลิตภัณฑ์เชิงประจักษ์. พชอ. มอชชัย จังหวัดกาฬสินธุ์; 2565. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์; 2565.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมโรคและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประจำปี 2563. [อินเทอร์เน็ต] 2566. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/download/AW_AESR_NCD_2563.pdf
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC). รายงานการตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป 2563-2565. [อินเทอร์เน็ต] 2566. [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=f16421e617aed29602f9f09d951cce68&id=dd45886fb33eccc637145b7561ec244
7. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมปี 2560. [อินเทอร์เน็ต] 2560. [เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/doed/pagecontent.php?page=888&dept=doed>.



8. Demming WE. Out of the Crisis. MIT Press; 1986.
9. ภูคิต เพชชาติวัฒน์, อรพินท์ เล่าชี, วิษั เกษมทรัพย์, เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล, วิชชุกร สุริยะวงษ์ไพศาล, คุณฎี กำมี และคณะ. โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอ นโยบายเพื่อพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
10. ศักดินันท์ ดวงตา (2565). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. [อินเทอร์เน็ต] 2565. [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2566], เข้าถึงได้จาก: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=203>
11. ชงชัย ปัญญรัตน์. ผลของรูปแบบการพัฒนาระบบการพัฒนากฎหมายชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(2): 113-144.
12. ปรางทิพย์ ภักดีศิริไพรวลัย. การศึกษากฎหมายชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอ หมู่ 11 ตำบลท่าผา อำเภอเกาะกา จังหวัดลำปาง. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
13. วรชาติ จำเริญวัฒน์. ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการพัฒนากฎหมายชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(1): 179-192.
14. สุพัตรา ถิ่นไพบูลย์, ศรีบุศย์ ศรีไชยจรรยา, และชณะพล ศรีฤชา. บรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(1): 431-448.
15. สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร. [อินเทอร์เน็ต] 2567. [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/BCgW9>
16. ปิยวดี ฉายแสงมงคล. การพัฒนาอาหารปลอดภัยด้วยภาคีเครือข่ายของภาครัฐและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน. [อินเทอร์เน็ต] 2563. [เข้าถึงเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/0g7wS>



ผลของโปรแกรมกิจกรรม 3 ลาน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมเพื่อควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านโคกประสิทธิ์ อำเภอน้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

EFFECTEDS OF THE THREE ACTIVITIES PROGRAM PROMOTING PERCEPTION AND
DEVELOPING BEHAVIOR FOR CONTROLLING THE FASTING BLOOD SUGAR LEVELS
AMONG DIABETES PATIENTS IN THE SERVICE AREA AT KOKPRASIT SUB-DISTRICT
HEALTH PROMOTING HOSPITAL, KHONG CHAI DISTRICT, KALASIN PROVINCE

Received: October 02, 2024

Revised: December 27, 2025

Accepted: January 05, 2025

รัชนิกร คำนวนอินทร์^{1*}

Rutchaneekorn Khamnuanin^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวน 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผล
ของโปรแกรมกิจกรรม 3 ลาน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลใน
เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกประสิทธิ์
กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ใน
การทดลอง, แบบสอบถาม จำนวน 4 ส่วน และผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาใน
การศึกษา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และสถิติอนุมานด้วย Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 อายุเฉลี่ย 58.63 ปี
ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน เฉลี่ย 7.80 ปี ภายหลังจากทดลอง พบว่า (1) ความรู้เกี่ยวกับ
โรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.13 คะแนน (95%CI = 0.88-3.39, p-value = 0.001), (2) การรับรู้
ความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.24 คะแนน (95%CI = 0.12-0.37,
p-value < 0.001), (3) พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.31
คะแนน (95%CI = 0.20-0.43, p-value < 0.001) และ (4) ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานระดับ
น้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ลดลง 7.30 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (95%CI = 1.86-12.74, p-value = 0.009)

โดยสรุป ผลของโปรแกรมกิจกรรม 3 ลาน สามารถส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมเพื่อ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ได้ ควรประยุกต์ใช้ในกลุ่มเสี่ยงพื้นที่
อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: กิจกรรม 3 ลาน, การรับรู้, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ระดับน้ำตาลในเลือด

¹ รพ.สต.บ้านโคกประสิทธิ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Kokprasit Sub-district Health Promoting Hospital, Khong Chai District Public Health Office, Kalasin Province

*Corresponding author E-mail: Rutchaneekorn1269@gmail.com



Abstract

The quasi-experimental research one group pretest-posttest was aimed to study effected the program of 3 activities area to promote perception and development behavior for controlling the fasting blood sugar levels among diabetes patients in the service area at Kokprasit sub-district health promoting hospital. The samples were selected 30 diabetes patients with the simple random sampling technique. The instruments were used to experiment, questionnaire with the 4 sections, and blood sugar levels examination which was implemented for 12 weeks. The statistical was used descriptive statistic and inferential statistic with Paired t-test.

The results showed that most of diabetes patients were female 86.67% with mean of age at 58.63 years old, and mean of year with diabetes at 7.80 years. After intervention was demonstrated in the follows; (1) knowledge of diabetes with mean score increase at 2.13 (95%CI = 0.88-3.39, p-value = 0.001), (2) self-efficacy care in diabetes patients with mean score increase at 0.24 (95%CI = 0.12-0.37, p-value < 0.001), (3) self-care behavior in diabetes patients with mean score increase at 0.31 (95%CI = 0.20-0.43, p-value < 0.001), and (4) fasting blood sugar level in diabetes patients with decrease at 7.30 Mg./dL. (95%CI = 1.86-12.74, p-value = 0.009). In conclusion, the program of the three activities can promote and developing behavior for controlling the fasting blood sugar levels among diabetes patients in the service area. Moreover, the program can be apply to promote health behavior to the people at risk of disease in the other area with similar contexts.

Keywords: The three activities, Perception, Health behavior, Diabetes patients, Fasting blood sugar levels



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในปัจจุบันและมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นับเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ปานกลางขึ้นไป ซึ่งนับรวมทั้งประเทศไทยด้วย⁽¹⁾ สอดคล้องกับข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลปี พ.ศ. 2560 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 438 ล้านราย และได้ประมาณการว่าปี พ.ศ. 2588 มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 629 ล้านราย และโรคเบาหวานเป็นโรคที่ติด 1 ใน 7 ของสาเหตุของการเสียชีวิตที่สูงที่สุด หากไม่มีการดำเนินการที่เหมาะสมและจริงจัง ทั้งนี้ พบว่า ความรุนแรงของโรคเบาหวานส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย โรคตา โรคไต โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และอาการชาตามปลายประสาทมือและเท้า⁽²⁾ ผู้ป่วยเบาหวานของภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงที่สุดในประเทศ คิดเป็นร้อยละ 38.84 ของผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศ โดยพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานสูงที่สุด เท่ากับ 40.6 ต่อแสนประชากร รวมทั้งมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 721.0 ต่อแสนประชากรซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ พื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างปี 2565-2567 พบอัตราป่วยร้อยละ 8.04, 8.43 และ 8.98 ตามลำดับ⁽³⁾ ส่วนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านโคกประสิทธิ์ มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่เข้ารับบริการต่อเนื่อง 66 ราย ซึ่งผลการวิจัยเชิงสำรวจ โดยนำเสนอในเวทีประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 138.09 มก./ดล. ซึ่งพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดที่มากกว่า 130 มก./ดล. ร้อยละ 51.52 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ อายุ และความดันโลหิตตัวบน (Systolic)⁽⁴⁾ ทั้งนี้ จากข้อเสนอแนะในเวทีวิชาการดังกล่าว รพ.สต. บ้านโคกประสิทธิ์ควรพัฒนารูปแบบในการดำเนินการวิจัย เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) ของ Bandura⁽⁵⁾ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมามีการประยุกต์ใช้ทางทฤษฎีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ดังการศึกษาของ จุฑามาศ จันทร์ฉาย⁽¹²⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ หรือการศึกษาของ เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมา จึงเป็นแนวทางมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน ร่วมกับกิจกรรม 3 ลาน ของ รพ.สต. ได้แก่ ลานออกกำลังกาย ลานพืชสวนครัวและสมุนไพร และลานสามัคคี มาพัฒนาควบคู่กันด้วยรูปแบบของการศึกษาของการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research, R2R) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดของการดำเนินงานด้านสุขภาพของหน่วยบริการ และเป็นโอกาสพัฒนาของการดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรังในพื้นที่ เพื่อลดปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรม 3 สถาน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกประสิทธิ์ อำเภอหนองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบงานวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) จำนวน 1 กลุ่ม วัดก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน ระหว่างเดือน เมษายน-มิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรังของ รพ.สต. บ้านโคกประสิทธิ์ จำนวน 66 ราย ตามที่ รพ. หนองชัย ส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการในสถานพยาบาลใกล้บ้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยการนำค่าเฉลี่ยและค่าความแปรปรวนผลการศึกษายของสายฝน สารินทร์ โดยใช้สูตรการคำนวณของ Lemeshow และคณะ⁽⁶⁾ โดยแทนค่าตัวเลขในสูตร ดังนี้ Z_{α} คือ ค่าสถิติการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนด $Z_{0.05}$ เท่ากับ 1.65, Z_{β} คือ ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน ซึ่งทดสอบ $Z_{0.2}$ เท่ากับ 0.854, σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และ Δ^2 = ความต่างของผลค่าเฉลี่ย ก่อน-หลัง การทดลอง เท่ากับ 1.76 ดังผลการคำนวณขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 19 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่า จะมีผู้สูญหายจากการศึกษาร้อยละ 20 ซึ่งได้จากสูตรการคำนวณการปรับขนาดตัวอย่างของ อรุณ จิรวัดน์กุล⁽⁷⁾ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเพื่อการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต. บ้านโคกประสิทธิ์ ซึ่งมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่า 180 มก./ดล., มีความสามารถในการสื่อสาร เพื่อให้ข้อมูลในการวิจัย และมีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ครบทั้ง 12 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่า มีโรคประจำตัวทางร่างกาย และจิตใจ ไม่สามารถในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการดำเนินกิจกรรมการตามโปรแกรมกิจกรรม 3 สถาน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 4 ครั้ง และสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน



2. แบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้ครอบครัว, ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน, ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดใน 1 เดือนที่ผ่านมา, โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน, ประวัติการสูบบุหรี่, ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ โดยข้อคำถามให้เลือกตอบแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้คะแนนเป็น 1 และตอบผิดให้คะแนนเป็น 0 โดยการแปลผลของ Bloom⁽⁸⁾ ดังนี้ ระดับความรู้สูง ตอบถูก ร้อยละ 80 ขึ้นไป, ระดับปานกลาง ตอบถูกระหว่าง ร้อยละ 60-79 และระดับต่ำ ตอบถูก น้อยกว่า ร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ วิธีเลือกตอบแบบ 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ส่วนแปลค่าความหมายขอค่าเฉลี่ยของคะแนนผู้วิจัย โดยวัดผลตามเกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ Best⁽⁹⁾ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00, ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 และ ระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ วิธีเลือกตอบแบบ 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัติบางครั้ง, ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ และวัดผลตามเกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ Best⁽⁹⁾ เช่นเดียวกับส่วนที่ 3

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บันทึกโดยพยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.บ้านโคกประสิทธิ์ ด้วยการเจาะปลายนิ้วมือ ปริมาณ 1 หยด (0.05 cc.) และประเมินผลด้วยเครื่องพกพาการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (Blood Glucose Monitoring) โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบของ รพ.สต. ในรอบของการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือวิจัยที่ได้พัฒนาแล้ว ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพื่อสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ด้วยค่า IOC (Index of item-Objective Congruence) ซึ่งมีค่า IOC = 0.92 และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยการทดลองใช้เครื่องมือในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโนนศิลาแลง จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผลการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย ดังนี้ ความรู้โรคเบาหวาน ทดสอบด้วยค่า คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20:KR20) ซึ่งมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.72 , การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน ทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.84 และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน ทดสอบด้วย



ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.91 ตามลำดับ

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

กิจกรรมตามโปรแกรมกิจกรรม 3 ลาน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 โปรแกรมกิจกรรม 3 ลาน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ครั้งที่ 1 ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2-3 กิจกรรมลานออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับ อสม. ระยะเวลา 1 ชม. ทุกวันจันทร์ พุธ และ ศุกร์

สัปดาห์ที่ 4 โปรแกรมกิจกรรม 3 ลาน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ครั้งที่ 2 ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 5-7 กิจกรรมลานออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับ อสม. ระยะเวลา 1 ชม. ทุกวันจันทร์ พุธ และ ศุกร์

สัปดาห์ที่ 8 โปรแกรมกิจกรรม 3 ลาน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ครั้งที่ 3 ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 9-11 กิจกรรมลานออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับ อสม. ระยะเวลา 1 ชม. ทุกวันจันทร์ พุธ และ ศุกร์

สัปดาห์ที่ 12 โปรแกรมกิจกรรม 3 ลาน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ครั้งที่ 4 ถอดบทเรียน และสรุปผล ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

โดยประเมินแบบสอบถาม และระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ก่อนและหลังกิจกรรม จำนวน 12 สัปดาห์)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบาย จำนวน (Number) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max) ทั้งนี้ หากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติให้อธิบายด้วยค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR)

ส่วนสถิติอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง-หลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อิสระต่อกัน Paired t-test เพื่ออธิบายค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (Mean different) พร้อมด้วยค่าระดับความอิสระ (Degree of freedom; df), ค่าทดสอบสมการที (t), ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confident interval: 95%CI) และค่า p-value < 0.05



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่รับรอง KLS.REC14/2567 ลงวันที่ 30 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 โดยมีอายุเฉลี่ย 58.63 ปี (S.D. = 4.98) อายุน้อยที่สุด 47 ปี และมากที่สุด 65 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 80.00 อาชีพหลัก เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) ร้อยละ 76.67 และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 80.00 ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่ รพ.สต.บ้านโคกประสิทธิ์ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน เฉลี่ย 7.80 ปี (S.D. = 4.91) ซึ่งน้อยที่สุด 2 ปี และมากที่สุด 22 ปี มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต และมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.77 (S.D. = 3.46) น้อยที่สุด 17.85 และมากที่สุด 36.26 ทั้งนี้ การประเมินพฤติกรรมอื่นๆ พบว่า พบประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 13.33 ประวัติการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.33 และประวัติการเคี้ยวหมาก ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ

2. ความรู้ การรับรู้ และ พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน

2.1 ระดับของความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 63.33 โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 16 (IQR = 10-19) ส่วนหลังการทดลอง ส่วนใหญ่ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 83.33 โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 18 (IQR = 12-20)

2) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่การรับรู้ระดับสูง ร้อยละ 86.67 โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4.30 (IQR = 3.50-4.50) ส่วนหลังการทดลอง ส่วนใหญ่การรับรู้ระดับสูง ร้อยละ 100 โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4.50 (IQR = 4.00 -5.00)

3) พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่พฤติกรรมการปฏิบัติระดับสูง ร้อยละ 70.00 โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 3.80 (IQR = 3.47-4.27) ส่วนหลังการทดลอง ส่วนใหญ่พฤติกรรมการปฏิบัติระดับสูง ร้อยละ 90.00 โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4.13 (IQR = 3.60-4.60) รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงระดับของความรู้ การรับรู้ และ พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน

องค์ประกอบ	ระดับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ระดับสูง (16-20 คะแนน)	19	63.33	25	83.33
	ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	7	23.33	5	16.67
	ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	4	13.34	0	0.00
	Median (IQR)	16 (10-19)		18 (12-20)	
2) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน	ระดับสูง (3.68 – 5.00)	26	86.67	30	100.00
	ระดับปานกลาง (2.34-3.67)	4	13.33	0	0.00
	ระดับต่ำ (1.00-2.33)	0	0.00	0	0.00
	Median (IQR)	4.30 (3.50-4.50)		4.50 (4.00-4.50)	
3) พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน	ระดับสูง (3.68 – 5.00)	21	70.00	27	90.00
	ระดับปานกลาง (2.34-3.67)	9	30.00	3	10.00
	ระดับต่ำ (1.00-2.33)	0	0.00	0	0.00
	Median (IQR)	3.80 (3.47-4.27)		4.13 (3.60-4.60)	

2.2 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และ พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 17.47 (S.D. = 2.70) ส่วนหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 15.33 (S.D. = 2.11) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังการทดลอง เพิ่มขึ้น 2.13 คะแนน (95%CI = 0.88-3.39) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

2) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.15 (S.D. = 0.43) ส่วนหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.40 (S.D. = 0.14) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังการทดลอง เพิ่มขึ้น 0.24 คะแนน (95%CI = 0.12-0.37) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001

3) พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.80 (S.D. = 0.21) ส่วนหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.11 (S.D. = 0.23) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังการทดลอง เพิ่มขึ้น 0.31 คะแนน (95%CI = 0.20-0.43) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 รายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน

องค์ประกอบ	ระยะการทดลอง	Mean	S.D.	Mean difference	df	t	95%CI	p-value
1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ก่อนการทดลอง	15.33	2.70	2.13	58	3.40	0.88-3.39	0.001*
	หลังการทดลอง	17.47	2.11					
2) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง	4.15	0.30	0.24	58	3.99	0.12-0.37	<0.001*
	หลังการทดลอง	4.40	0.14					
3) พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง	3.80	0.21	0.31	58	5.47	0.20-0.43	<0.001*
	หลังการทดลอง	4.11	0.23					

*ทดสอบด้วยสถิตินัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วย Paired t-test

3. ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3.1 ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนข้างสูง ร้อยละ 73.33 โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4.50 (IQR = 4.00-5.00) ส่วนหลังการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ร้อยละ 73.33 โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4.50 (IQR = 4.00-5.00) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ระดับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (น้อยกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	7	23.33	22	73.33
ค่อนข้างสูง (126-149 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	22	73.33	8	26.67
สูง (ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	1	3.33	0	0.00
Median (IQR)	129 (80-152)		123 (91-133)	

3.2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 127.97 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (S.D. = 11.56) ส่วนหลังการทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 120.67 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (S.D. = 9.36) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยก่อน-หลังการทดลอง ลดลง 7.30 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (95%CI = 1.86-12.74) ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.009 รายละเอียดดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ระยะเวลาทดลอง	Mean	S.D.	Mean difference	df	t	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	127.97	11.56	7.30	58	2.69	1.86 – 12.74	0.009*
หลังการทดลอง	120.67	9.36					

*ทดสอบด้วยสถิตินี้ยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วย Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 86.67 อายุเฉลี่ย 58.63 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน เฉลี่ย 7.80 ปี ภายหลังจากทดลอง พบว่า (1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.13 คะแนน (95%CI = 0.88-3.39, p-value = 0.001), (2) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.24 คะแนน (95%CI = 0.12-0.37, p-value < 0.001), (3) พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.31 คะแนน (95%CI = 0.20-0.43, p-value < 0.001) และ (4) ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานค่าเฉลี่ยลดลง 7.30 มก./ดล. (95%CI = 1.86-12.74, p-value = 0.009)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรม 3 ลาน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านโคกประสิทธิ์ อำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า

(1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.13 คะแนน (95%CI = 0.88-3.39, p-value = 0.001) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว เกิดจากกิจกรรมของโปรแกรม 3 ลาน ที่ส่งเสริมการเรียนรู้จากวิทยากรของโรงพยาบาลเมืองชัย และการเรียนรู้จากกรณีศึกษาและบุคคลต้นแบบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัญญารัตน์ ถวิลรักษ์⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่า ผลการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.003 ซึ่งพบว่า ความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการส่งเสริมการเรียนรู้ทางทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ หรือการศึกษาของ เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน⁽¹¹⁾ พบว่า ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังจากทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 ซึ่งความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการให้ความรู้ ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม จึงส่งเสริมให้ความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้



(2) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.24 คะแนน (95%CI = 0.12-0.37, p-value < 0.001) ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ที่เพิ่มขึ้น เกิดจากกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้จากกรณีศึกษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความสามารถดูแลตนเองได้ดี และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความตระหนักและเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura⁽⁵⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑามาศ จันทร์ฉาย⁽¹²⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยการกระตุ้นเตือนและแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งผลให้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 หรือการศึกษาของ ไชยา ท่าแดง⁽¹³⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กิจกรรมการเสริมแรงให้ตนเองเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 เช่นเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้

(3) พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวาน ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.31 คะแนน (95%CI = 0.20-0.43, p-value < 0.001) ผลการศึกษาที่ดีขึ้นเกิดจากการความรู้และการรับรู้มากเพิ่มขึ้นจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้ออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ คือ กิจกรรม 3 ลาน โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมการแบ่งฐานการเรียนรู้ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การถอดบทเรียนแต่ละกิจกรรม ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานใส่ใจพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งโปรแกรมของหลายๆ การศึกษาล้วนส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ล้วนใช้รูปแบบการศึกษาที่ส่งเสริมทักษะ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีค่าคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยดีขึ้นภายหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 ดังการศึกษาของ จุฑามาศ จันทร์ฉาย⁽¹²⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์, เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย, และการศึกษาของ ไชยา ท่าแดง⁽¹³⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอ่างทอง เป็นต้น

(4) ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ลดลง 7.30 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (95%CI = 1.86-12.74, p-value = 0.009) ซึ่งผลของระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง เกิดการแนวคิดทฤษฎีที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ ร่วมกับกิจกรรม 3 ลาน ที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกิจกรรมครบทั้ง 12 สัปดาห์ ซึ่งผลทางกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมการวิจัยนั้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล เหลืองศิริ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดหนองคาย ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 28.15 มิลลิกรัม/



เดซิลิตร หรือการศึกษาของ ไชยา ท่าแดง⁽¹³⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอ่างทอง ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 7.30 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งค่าเฉลี่ยลดลงเทียบเท่ากับการศึกษาครั้งนี้

การพัฒนางานประจำงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการต่อ ยอดข้อเสนอแนะของคณะกรรมการนำเสนอผลงานวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการนำจุดเด่นของพื้นที่ดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ด้วยกิจกรรม 3 ลาน ซึ่งเป็นนวัตกรรม การส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ ที่ส่งเสริมให้เกิดการใช้ลานสาธารณะเกิดประโยชน์ นำไปสู่การ เรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมในกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรขยายผลการโปรแกรมกิจกรรม 3 ลาน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้ครอบคลุมทั้งอำเภอเมืองชัย เพื่อให้ สอดคล้องกับนโยบายการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes mellitus remission) ของจังหวัดกาฬสินธุ์

2. ควรติดตามผลการดำเนินงานของโปรแกรมกิจกรรม 3 ลาน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพัฒนา พฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของ การส่งเสริมสุขภาพและผลของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่

3. ควรพัฒนาด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ หรือ การศึกษาเชิงปฏิบัติการ หรือการทดลอง 2 กลุ่ม เปรียบเทียบระหว่างกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบเข้าถึงและเข้าใจในบริบทการเจ็บป่วยด้วย โรคเบาหวานในพื้นที่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และป้องกันการเกิดผู้ป่วย โรคเบาหวานรายใหม่ในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองชัย สาธารณสุขอำเภอเมืองชัย บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณ อ.ดร.ศุภศิลาณี ศิริรักษา จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น ในการให้คำแนะนำในการ ดำเนินการวิจัย จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Global report on diabetes. Print in France; 2016: 6-8.
2. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas, Eighth Edition. [n.p.]: International Diabetes Federation. 2017.
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ. [อินเทอร์เน็ต] กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=e9fb648fe9f1858878714a410222eef1
4. รัชนิกร คำนวนอินทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกประสิทธิ์ อำเภอน้องชาย จังหวัดกาฬสินธุ์. นำเสนอผลงานวิชาการ มหกรรมการจัดการความรู้จากบทเรียนโควิด 19 และโครงการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566; 2566.
5. Bandura, A. Social Learning Theory, New Jersey:Prentice-Hall; 1977.
6. Lemeshow, S., Hosmer Jr., D.W., Klar, J. and Lwanga, S.K. Adequacy of Sample Size in Health Studies. John Wiley & Sons Ltd., Chichester; 1990. P. 1-5.
7. อรุณ จิรวัดณ์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2548.
8. Bloom, B. Taxonomy of Education Objective, Handbook 1: Cognitive Domain. New York: David McKay; 1975.
9. Best, J.W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
10. อัญญารัตน์ ถวิลรักษ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินโงม อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลหนองคาย; J2024-61; 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://nkhospital.moph.go.th/journal.php?id=61>
11. เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(2): 103-113.



12. จุฑามาศ จันทร์ฉาย, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามี. โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2555; 7(2): 69-83.
13. ไชยา ท่าแดง. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมภาวะเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563. เข้าถึงได้จาก: <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2326/3/60060806.pdf>
14. สุวิมล เหลืองศิริ, เดือนฉาย วงนวนตา, สรศักดิ์ ต้นทอง และนุชรี ธรรมจันทร์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตตำบลเวียงคุก อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลหนองคาย; J2024-73; 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://nkhospital.moph.go.th/journal.php?id=73>



**ผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
จังหวัดนครศรีธรรมราช**

**EFFECTS OF PARTICIPATORY PROMOTING HEALTH LITERACY MODEL
FOR MODIFICATION OF HEALTH BEHAVIOR FOR OBESITY PREVENTION
IN AMONG OVERWEIGHT SCHOOL CHILDREN, NAKHON SI THAMMARAT PROVINCE**

Received: November 26, 2024

Revised: March 14, 2025

Accepted: April 09, 2025

อาริตา สมุห์นวน^{1*}, ทศพร ชุสัคคี¹, พรรณี บัญชรหัตตอกิจ¹

Arita Samunuan^{1*}, Thassaporn Chusak¹, Pannee Banchonhattakit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ศึกษาช่วงเดือนมกราคม - เมษายน 2567 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม และรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5 กิจกรรม ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ และขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันโรคอ้วน, พฤติกรรมสุขภาพ, ภาวะน้ำหนักเกิน, เด็กวัยเรียน

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

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

*Corresponding author E-mail: bangbang_30@hotmail.com



Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a participatory promoting health literacy model for modification of health behavior for obesity prevention in among overweight school children in Nakhon Si Thammarat Province. The sample of 60 overweight school children was divided into two groups; an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). This study in January to April 2024 The research instrument was a questionnaire and a participatory promoting health literacy model which consists of 1) Decision Making 2) Implementation 3) Benefits and 4) Evaluation. The inferential statistics was mean, standard deviation, independent t-test and paired t-test.

The results of the comparison of health literacy and behaviors for obesity prevention among overweight school children; The experimental group more than pretest and the control group revealed significant difference and comparison of weight; The experimental group was less than pretest and the control group revealed significant difference (p-value<.001).

The suggestions from this research is that a participatory promoting health literacy model for obesity prevention among overweight school children that can be applied to overweight school children for preventing overweight school children.

Keywords: Health Literacy, Obesity Prevention, Health Behavior, Among Overweight, School Children



บทนำ

เด็กวัยเรียน เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญต่อการสร้างรากฐานความมั่นคงต่อการพัฒนาประเทศ การที่เด็กจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพได้นั้น ต้องได้รับการเลี้ยงดูที่ดีและส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงเหมาะสมตามวัย มีพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพทั้งด้านสมองและร่างกาย รวมทั้งเป็นช่วงที่เตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งจะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตอย่างใกล้ชิด หากเด็กมีภาวะทุพโภชนาการ จะส่งผลให้การเจริญเติบโตไม่ดีเท่าที่ควร สติปัญญาและการเรียนรู้ไม่ดี ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคต ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ระดับโลกในด้านอาหาร การออกกำลังกาย และสุขภาพไว้ว่า เป้าหมายหลักของการพัฒนาสุขภาพ คือ การสร้างสุขนิสัยที่ดีทั้งในวัยเด็กและวัยรุ่นสาว ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม การส่งเสริมการออกกำลังกาย หรือการจำกัดเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ต⁽¹⁾ และข้อมูลจาก Global Burden of Disease คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2568 เด็กอายุ 5-17 ปี จะมีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 91 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 33.96 เด็กและวัยรุ่นที่อ้วนจะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนประมาณร้อยละ 80 และประมาณร้อยละ 70 จะเป็นโรคอ้วนในช่วงอายุ 30 ปี⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์ของโรคอ้วนและอ้วนรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566 จากรายงานระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.21 ซึ่งเกินเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 10 สำหรับจังหวัดนครราชสีมา สถานการณ์ด้านโภชนาการเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี ในปีการศึกษา 2562-2564 พบว่า มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 11.49, 12.98 และ 15.22 ตามลำดับ และในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็กอายุ 6-14 ปี อยู่ที่ร้อยละ 91.28 พบว่า สูงดีสมส่วน เพียงร้อยละ 57.24 และมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 14.06⁽³⁾

ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน เป็นสภาวะร่างกายที่มีการสะสมไขมันในส่วนต่างๆ เกินปกติ มีความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับและพลังงานที่เผาผลาญ ทำให้เกิดการสะสมพลังงานในรูปของไตรกลีเซอไรด์ในเนื้อเยื่อไขมัน เมื่อประเมินโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปีบริบูรณ์ ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2564 พบว่า เด็กที่มีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน คือน้ำหนักมากกว่ามาตรฐาน มีค่ามากกว่า +2 S.D. ขึ้นไป ของกราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายสาเหตุ เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม⁽⁴⁾ ปัจจัยด้านการป่วยเป็นโรค⁽⁵⁾ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม⁽⁶⁾ ปัจจัยด้านอายุและเพศ⁽⁷⁾ รวมถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม⁽⁸⁾ เป็นต้น โดยพบว่าเด็กที่อ้วนจะเข้าสู่วัยรุ่นสาวเร็วขึ้น มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อต่างๆ และมีความเสี่ยงเป็นโรค เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ภาวะนอนกรนและหยุดหายใจขณะนอนหลับ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคตับ โรคผิวหนัง เป็นต้น



และผลกระทบด้านสังคมและจิตใจ เด็กที่อ้วนรู้สึกไม่พึงพอใจกับรูปร่างตนเอง ขาดความมั่นใจ เกิดปมด้อย และแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนและสังคม⁽⁹⁾

การแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนและพัฒนาการดูแลสุขภาพ ไม่สามารถแยกทำเป็นส่วนๆ และต่างคนต่างทำได้ การมีส่วนร่วมมีความสำคัญในทุกขั้นตอนของการพัฒนา โดยเฉพาะในชุมชนจะต้องมีการบูรณาการให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเข้ามาร่วมคิดร่วมทำงาน การป้องกันและการจัดการที่เน้นเฉพาะบุคคลเพียงอย่างเดียวก็ไม่ประสบผลสำเร็จ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่ายหลายองค์กร เพื่อผลักดันและขับเคลื่อนให้เกิดมาตรการในการป้องกันและรักษาอย่างเป็นรูปธรรม⁽¹⁰⁾ และพบว่า วิธีจัดการภาวะอ้วนในเด็ก ต้องมีการจัดการแบบมีส่วนร่วม ทั้งครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เนื่องจากทั้งสามส่วนเป็นองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมเด็ก⁽¹¹⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนสำหรับเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อายุ 9-14 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 60.4⁽¹²⁾ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน⁽¹³⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม แม้จะมีงานวิจัยจำนวนมากที่ดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบหรือ โปรแกรมในการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกองสุศึกษา ที่เป็นแนวคิดเดียวกับ นัทปีม⁽¹⁴⁾ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980)⁽¹⁵⁾ มาใช้ในการออกแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยเรียน และลดอัตราความชุกของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดนครศรีธรรมราช อันจะนำไปสู่การลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ได้

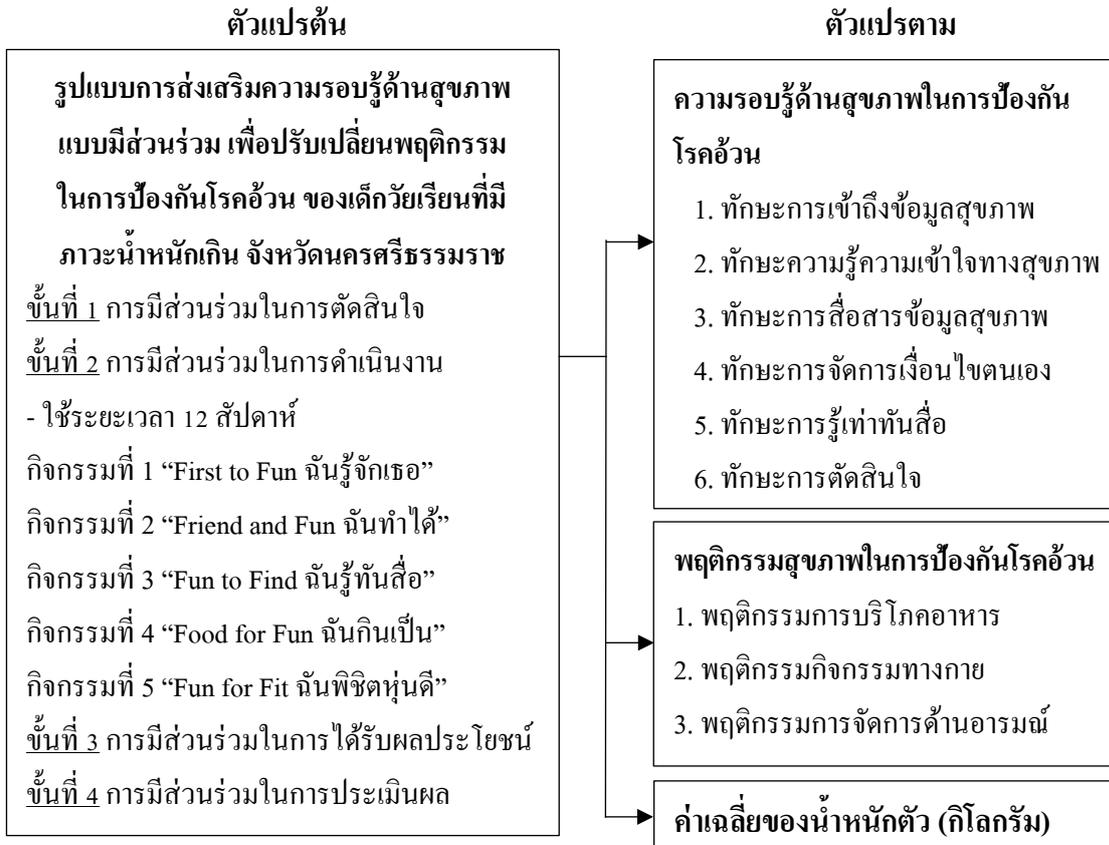
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดนครศรีธรรมราช

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest with Control Group Design) โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนอายุ 10-14 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 และผลการประเมินภาวะโภชนาการ แปลผลอยู่ในระดับมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน จากรายงานของระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC)

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 จากงานวิจัยของ วิไลวรรณ ภูศรีเทศ (2564)⁽¹⁶⁾ เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของ



นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน ก่อนการทดลองเท่ากับ 59.17 คะแนน (S.D. = 6.21) หลังการทดลองเท่ากับ 62.46 คะแนน (S.D. = 7.20) อำนาจการทดสอบก่อนวิจัย (Priori Power Analysis) กำหนดค่าความผิดพลาดในการทดสอบแบบที่ 1 (Type I Error) เท่ากับ 0.05 อำนาจในการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) ขนาดกลาง เท่ากับ 0.50 อ้างอิงในตารางการประมาณค่าขนาดอิทธิพล Cohoen (1977) ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็น 30 คน จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

การวิจัยในครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก จำนวน 1 อำเภอ จากทั้งหมด 23 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเชียรใหญ่

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก จำนวน 2 ตำบล จากทั้งหมด 10 ตำบล ได้แก่ ตำบลไสหมาก เป็นกลุ่มทดลอง และตำบลท่าขนาน เป็นกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากรายชื่อจากระบบฐานข้อมูลของ รพ.สต. ให้ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน

โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย (Inclusion criteria) คือ เด็กอายุ 10-14 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ประเมินโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ของสำนักโภชนาการ ปี 2564 แปลผลภาวะการเจริญเติบโตอยู่ในระดับภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ฟัง พูด อ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ไม่เคยได้รับรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนมาก่อน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และผู้ปกครองให้ความยินยอมและอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5 กิจกรรม ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ และขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล



2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับนักเรียนอายุ 9-14 ปี (นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายกับมัธยมศึกษาตอนต้น) ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹²⁾ โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง มีลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความในช่องว่าง รวมจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน รวมจำนวน 35 ข้อ โดยแบ่งเป็น 6 ตอน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) ทักษะการจัดการเงื่อนไขตนเอง 5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ ยกเว้นตอนที่ 2 และตอนที่ 6 มีลักษณะเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ประยุกต์ตามเกณฑ์มาตรฐานการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนไทยเพื่อป้องกันโรคอ้วน ของกองสุขภาพ⁽¹²⁾

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน รวมจำนวน 30 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) พฤติกรรมกิจกรรมทางกาย และ 3) พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ 6-7 วัน/สัปดาห์ 4-5 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์ 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาตามเกณฑ์ของ Best W. John. (1977)⁽¹⁷⁾

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักที่วัดส่วนสูง และประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1.00 จากนั้นได้แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามและนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มเด็กวัยเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.85 และส่วนความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีค่า KR-20 ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ค่า



อำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง 0.2-1.00 และค่าความยากง่าย (p) อยู่ระหว่าง 0.2-0.8 แสดงว่าแบบสอบถามสามารถนำไปใช้ได้

2) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) พิจารณาประยุกต์ตามเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา 4 ด้าน คือ ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ด้านความเหมาะสม (Propriety) และด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ของคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินการศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) (Madaus et al., 1983) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.9 แสดงว่ารูปแบบสามารถนำไปใช้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential Statistics) โดยเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี เลขที่ REC No.0056/2566 ตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2566-20 ตุลาคม 2567 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ และหลักความยุติธรรม

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลอง ($n = 30$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.5 มีอายุ 10-12 ปี ร้อยละ 86.7 การศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 83.3 ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./เทียบเท่า ร้อยละ 26.7 และผู้ปกครองมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.3 และกลุ่มควบคุม ($n = 30$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุ 10-12 ปี ร้อยละ 66.7 การศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 63.3 ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./เทียบเท่า ร้อยละ 33.3 และผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.0

2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ภายในกลุ่มทดลองและ



กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.160$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.156$) และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.504$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)						กลุ่มควบคุม (n = 30)					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			M	S.D.	M	S.D.		
1.ความรู้ด้านสุขภาพ	68.46	8.42	113.33	7.60	20.039	<0.001*	66.63	8.46	64.36	7.08	1.443	0.160
2.พฤติกรรมสุขภาพ	86.20	11.74	127.36	8.77	19.034	<0.001*	75.96	8.12	78.80	7.87	1.443	0.156
3.ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	58.71	7.40	56.68	6.30	6.029	<0.001*	64.25	8.11	64.36	7.79	0.677	0.504

* $p\text{-value} < 0.05$, M = Mean, S.D. = Standard Deviation

3) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.404$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.554$) และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่ากลุ่มควบคุม



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคอ้วน และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง							
	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			M	S.D.	M	S.D.		
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	68.46	8.42	66.63	8.46	0.841	0.404	113.33	7.60	71.53	7.41	21.554	<0.001*
2. พฤติกรรมสุขภาพ	83.93	11.15	82.50	7.01	0.596	0.554	127.36	8.77	78.80	7.87	22.572	<0.001*
3. ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	58.71	7.17	64.25	8.11	2.799	0.007*	56.68	6.30	64.36	7.79	4.196	<0.001*

* $p\text{-value} < 0.05$, M=Mean, S.D. = Standard Deviation

สรุปผลการวิจัย

1. ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และ



เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งจะเห็นได้ว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล พรหมแพทย์ และพรสุข หุ่นนิรันดร์ (2565)⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ทุกด้านและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันน้ำหนักเกิน สูงกว่าก่อนทดลองแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ ศศิธร รุจนเวช และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร (2564)⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.39, p\text{-value} < 0.001$; $t = 8.70, p\text{-value} < 0.001$) และการศึกษาของ ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง และพรธณี บัญชรหัตถกิจ (2562)⁽²⁰⁾ ที่พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และการศึกษาของ Thammasarn and Banchonhattakit (2020)⁽²¹⁾ ที่พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการและเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และการศึกษาของ Kaewchin and Banchonhattakit (2019)⁽²²⁾ ที่พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน และพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคอ้วน มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรีา ไชยศรี (2556) เรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศเพื่อการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก พบว่า วิธีจัดการภาวะอ้วนในเด็ก ต้องมีการจัดการแบบมีส่วนร่วมทั้งครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เนื่องจากทั้งสามส่วนเป็นองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมเด็ก⁽¹¹⁾



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน มีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ไปใช้กับเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้ โดยประยุกต์กิจกรรมตามบริบทพื้นที่
2. ควรมีการศึกษาระยะติดตามผลอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหาร บุคลากร และนักเรียนทุกคนในพื้นที่อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่เสียสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงคณาจารย์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความเมตตา ช่วยเหลือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight. [Internet]. 2019 [Cited 9 April 2023] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Lobstein T, Jackson-Leach R. Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school -age children in 2025. [Internet] 2016. [Cited 9 April 2023] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27684716/>
3. ศูนย์อนามัยที่ 11 กรมอนามัย. สรุปผลการดำเนินงานกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน ประจำเดือนมีนาคม ปีงบประมาณ 2566. นครศรีธรรมราช: ศูนย์อนามัยที่ 11; 2566.
4. Reilly J, Armstrong J, Dorosty A, Emmett PM, Ness A, Steer C. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ Open* 2005; 330(7504): 1357.
5. Witkowska-Sedek E, Kucharska A, Ruminska M, Pyrzak B. Thyroid dysfunction in obese and overweight children. *Endokrynol Pol* 2017; 68(1): 54-60.
6. Groeneveld IF, Solomons NW, Doak CM. Nutritional status of urban schoolchildren of high and low socioeconomic status in Quetzaltenango, Guatemala. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 3(22): 169-177.
7. Fukuyama S, Inaoka T, Matsumura Y, Yamauchi T, Natsuhara K, Kimura R, Ohtsuka R. Anthropometry of 5-19-year-old Tongan children with special interest in the high prevalence of obesity among adolescent girls. *Ann Hum Biol* 2005; 32(6): 714-723.



8. Franzini L, Elliott M, Cuccaro P, Schuster M, Gilliland M, Grunbaum J, Franklin F, Tortolero S. Influences of Physical and Social Neighborhood Environments on Children's Physical Activity and Obesity. *Am J Public Health* 2009; 99(2): 271-278.
9. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. แนวทางการคัดกรองส่งต่อและแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2562.
10. ปุณณวิชัย ทองแดง, จันทร์จิรา สีสว่าง. ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กไทย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร* 2554; 18(3): 287-297.
11. จันทรา ไชยศรี. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศเพื่อการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก: การสังเคราะห์งานวิจัย. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*; 2556.
12. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
13. ศิริวรรณ ชอบธรรมสกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา* 2562; 8(1): 116-123.
14. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health* 2009; 54(10): 303-305.
15. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *World Development* 1980; 8(3): 213-235.
16. วิไลวรรณ ภูศรีเทศ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์*; 2564.
17. Best JW. *Research in Education* (3 ed.). Prentice Hall;1977.
18. นฤมล พรหมเกทย์, พรสุข หุ่นนิรันดร์. การพัฒนารูปแบบความรู้สุขภาพของวัยรุ่นน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์และเครือข่ายสังคม ในเขตสุขภาพที่ 12. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2565; 9(2): 162-178.
19. ศศิธร รุจนเวช, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีน้ำหนักตัวเกินในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทยนาวิ* 2564; 48(3): 591-610.



20. ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง, พรรณี ปัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารสุขภาพศึกษา 2562; 42(2): 23-32.
21. Thammasarn K, Banchonhattakit P. Effects of Food Fit for Fun Program with Social Media Used on Health Literacy and Obesity Prevention Behaviors among Senior-Primary School Students, in Nakhon Ratchasima Province Thailand. Indian Journal of Public Health Research & Development 2020; 11(7): 1291-1297.
22. Kaewchin P, Banchonhattakit P. The Effects of an Integration of PRECEDE PROCEED Model and Health Literacy in Behavioral Modification for Weight Control among Overweight and Obesity of Adolescents in the Northeast of Thailand. Indian Journal of Public Health Research & Development 2019; 10(10): 946-951.



ความรู้ ทักษะคติ เกี่ยวกับพืชกระท่อมในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ตำบลเมืองศรีไค
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

KNOWLEDGE AND ATTITUDE TOWARD *MITRAGYNA SPECIOSA* (KORTH.) HAVIL.
AMONG WORKING AGE POPULATION IN MUEANG SRI KHAI SUBDISTRICT,
WARIN CHAMRAP DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE

Received: December 10, 2024

Revised: February 19, 2025

Accepted: January 10, 2025

นิลบล ปานะบุตร^{1*}, เพ็ญภา วงศ์ใส², อรพรรณ ลาอุณ², วรัญญ อ่อนสี¹
Nilubol Panabuth¹, Pennapa Wongsai², Orapan Lalun², Warunyoo On-see¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม และเพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมในประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 18-59 ปี ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษาสูงสุด และอาชีพ ดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 เดือน (สิงหาคม-ตุลาคม 2567) กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มจำนวน 231 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม และทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และ Kruskal Wallis Test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 13.29, S.D. = 2.21) และ (\bar{x} = 2.73, S.D. = 0.28) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษาสูงสุด และอาชีพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($H = 11.851$, $p\text{-value} = 0.008$, $H = 13.323$, $p\text{-value} = 0.010$ และ $H = 13.166$, $p\text{-value} = 0.022$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: วัยทำงาน, พืชกระท่อม, ความรู้, ทัศนคติ

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการภาควิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

Dentist, Professional level of Dental public health department, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province

² นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี

² Bachelor of Public Health Program (Dental Public health) Student, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province

*Corresponding author E-mail: palm.nilubol@gmail.com



Abstract

This cross-sectional survey study aimed to study the level of knowledge and attitude toward *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil. and compare the level of knowledge and attitude of *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil. among the working-age population (18-59 years) in Mueang Sri Khai subdistrict, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province based on demographic factors, including gender, age, marital status, monthly income, highest education level, and occupation. The study had processed for two months (August-October, 2024). The samples comprised of 231 participants selected through a cluster random sampling method. Data were collected using a questionnaire consisting of 3 parts; demographic data, knowledge and attitude towards *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil., Descriptive statistics, Mann-Whitney U Test and Kruskal-Wallis Test were used for analysis.

The results indicated that participants had a moderate level of knowledge and attitude towards *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil. ($\bar{x} = 13.29$, S.D. = 2.21) and ($\bar{x} = 2.73$, S.D. = 0.28). The level of knowledge about *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil. did not differ significantly across demographic factors. However, attitudes toward *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil. exhibited significant variation at the 0.05 level, depending on monthly income ($H = 11.851$, p-value = 0.008), highest education level ($H = 23.221$, p-value = 0.001), and occupation ($H = 13.166$, p-value = 0.022).

Keywords: Working-age , *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil, knowledge, attitude



บทนำ

พืชกระท่อม มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil. จัดเป็นพืชพื้นเมืองในเขตร้อนและเขตพื้นที่กึ่งร้อนของประเทศไทย มาเลเซีย ลาว ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทวีปแอฟริกา⁽¹⁾ ในประเทศไทยมีการใช้พืชกระท่อมมาเป็นเวลานานเพื่อรักษาอาการปวด ใจ เป็นไข้⁽²⁾ ในภาคเกษตรกรรม เกษตรกรและผู้ใช้แรงงานใช้พืชกระท่อมเป็นสารกระตุ้นเพื่อช่วยให้สามารถทำงานได้เป็นเวลานานภายใต้แสงแดดจัด เนื่องจากพืชกระท่อมมีคุณสมบัติในการกดความรู้สึกเมื่อยล้า นอกจากนี้ พืชกระท่อมยังสามารถลดอาการขาดยาจากสิ่งเสพติดอื่น เช่น ฟีน มอร์ฟิน ตลอดจนใช้แทนแอมเฟตามีน เป็นต้น เนื่องจากมีผลข้างเคียงน้อยกว่าเมื่อใช้ในระยะเวลาที่จำกัด⁽³⁾ ซึ่งในปัจจุบันมีการศึกษาที่สนับสนุนในห้องปฏิบัติการทั้งในเซลล์และในสัตว์ทดลองยืนยันว่า พืชกระท่อมและสารสกัดของพืชกระท่อมสามารถใช้ในการบรรเทาอาการเจ็บปวดได้⁽⁴⁾ แต่อย่างไรก็ตามสาร Mitragynine ในพืชกระท่อมก็มีผลกระทบต่อร่างกายของผู้ใช้เช่นกัน เช่น ทำให้มีอาการนอนไม่หลับ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ผิวหนังงอก ล้าง แขนกระดูก ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ผิดปกติ บางรายที่ใช้ในปริมาณมากเกินไป และเป็นเวลานานอาจทำให้เสพติดได้ และพืชกระท่อมยังมีฤทธิ์ต่อจิตและประสาทเช่นกัน โดยส่งผลให้เกิดอาการก้าวร้าว หวาดระแวง เห็นภาพหลอน พูดไม่ค่อยรู้เรื่อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และเกิดปัญหาทางสังคมตามมาจากการที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้ได้ ทำให้มีอาการหลอนของผู้ใช้ในเชิงเสพติด^(5,6)

ปัจจุบันประเทศไทยได้ตราพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565 ซึ่งอนุญาตให้ปลูกครอบครอง และจำหน่ายพืชกระท่อมได้อย่างเสรีทำให้มีร้านจำหน่ายพืชกระท่อมเพิ่มขึ้น⁽⁷⁾ ซึ่งในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนร้านจำหน่ายพืชกระท่อมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปีงบประมาณ 2566 พบร้านจำหน่ายพืชกระท่อม 42 แห่ง กระจายใน 13 อำเภอ (จากทั้งหมด 25 อำเภอ) ซึ่งอำเภอวารินชำราบพบร้านจำหน่ายพืชกระท่อมมากที่สุด จำนวน 11 แห่ง⁽⁸⁾ และจากการสำรวจร้านจำหน่ายพืชกระท่อมที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบร้านจำหน่ายพืชกระท่อมจำนวน 5 แห่ง จากร้านจำหน่ายพืชกระท่อมทั้งหมดในอำเภอวารินชำราบ ซึ่งอาจทำให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงพืชกระท่อมได้ง่าย และอาจทำให้เสพติดจนส่งผลเสียต่อสุขภาพกายสุขภาพจิต จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ใช้ในปริมาณมาก และใช้ในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม

จากการทบทวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อมในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชกระท่อม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ย่านที่พักอาศัย ระดับการศึกษา ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการใช้พืชกระท่อม โดยประชาชนกลุ่มที่มีการบริโภคพืชกระท่อมมากที่สุด คือ ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน⁽⁹⁻¹¹⁾

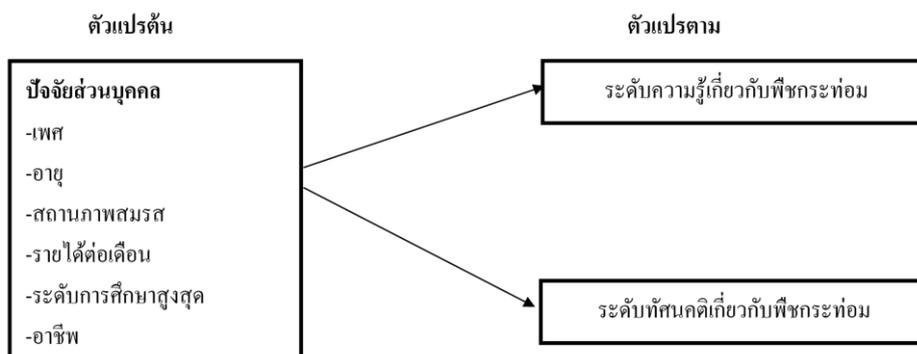


ถึงแม้พื้นที่ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ที่มีร้านค้าจำหน่ายพืชกระท่อมเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับพื้นที่อื่นในจังหวัดอุบลราชธานี แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงความรู้ ทักษะคิด เกี่ยวกับพืชกระท่อมในประชาชนกลุ่มวัยทำงานของพื้นที่ตำบลเมืองศรีไค ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาความรู้ ทักษะคิด เกี่ยวกับพืชกระท่อมในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปออกแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพต่อไปในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และระดับทักษะคิด เกี่ยวกับพืชกระท่อมในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และระดับทักษะคิด เกี่ยวกับพืชกระท่อมในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษาสูงสุด และอาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional descriptive study) ดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 เดือน (สิงหาคม-ตุลาคม 2567) โดยมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุ 18-59 ปี ในตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในพ.ศ. 2567 จำนวน 8,462 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.25 ค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 = 0.05 อำนาจในการทดสอบ (Power) = 0.80 จำนวนกลุ่มของการทดสอบ (Number of groups) = 7 กลุ่ม ผลจากการคำนวณ



ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 231 คน จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม ผลจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทำการแจกแบบสอบถามเท่ากับ 257 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 240 คน โดยมีแบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่จะนำมาวิเคราะห์ข้อมูล 231 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 18-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตการปกครองของตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย 1 ปี 2) ประกอบอาชีพหรือลักษณะงานที่มีรายได้ประจำหรือทำงานอย่างสม่ำเสมอ เช่น ข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานอิสระ พนักงานบริษัท เป็นต้น 3) มีความรู้ หรือเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อม อย่างน้อย 1 ครั้ง ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม 4) ให้ความยินยอมโดยสมัครใจ และพร้อมที่จะตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพหรือตกงานในช่วงการเก็บข้อมูล 2) ผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูลที่เป็นกลาง เช่น ภาวะซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม หรือปัญหาการเสียดิขยาเสียดิขชนิดอื่นๆ 3) ผู้ที่มีเหตุที่ไม่สามารถมาระหว่างการเก็บข้อมูลหลังจกติดตามไปแล้ว 2 ครั้ง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยจับฉลากให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 3 หมู่บ้านจาก 11 หมู่บ้าน ในตำบลเมืองศรีโค จากนั้นดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน โดยนำรายชื่อประชากรมาจับฉลากแบบไม่ใส่คืนเพื่อให้ได้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด และอาชีพ คำถามปลายเปิด ได้แก่ อายุ และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมจำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ถูก ผิด หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Bloom⁽¹²⁾ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผล คือ ระดับความรู้สูง คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลางคือได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60.00-79.99 และระดับความรู้ต่ำ คือ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติต่อพืชกระท่อมจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 14 ข้อ ลักษณะการตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น คำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน



ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน เห็นด้วยให้ 2 คะแนน
ไม่แน่ใจให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน การแปลผลคะแนน
พิจารณาจากเกณฑ์ของ Best⁽¹³⁾ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1-2.33 หมายถึง มีทัศนคติต่อพืชกระท่อมในระดับ
ไม่ดี 2.34-3.66 หมายถึง มีทัศนคติต่อพืชกระท่อมในระดับปานกลาง 3.67-5.00 หมายถึง มีทัศนคติต่อ
พืชกระท่อมในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวรรณกรรมที่
เกี่ยวข้อง เรียบเรียง ตรวจสอบความถูกต้อง โดยผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะทางด้านวิชาชีพ 3 ท่าน
เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย ความถูกต้องและ
ความเหมาะสมในการใช้ภาษาให้มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.5 ขึ้นไป หากข้อใดต่ำกว่า 0.5
จะทำการปรับปรุงหรือตัดข้อนั้นทิ้ง ทำการปรับปรุงแบบสอบถามจนได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับ
ประชาชนในตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำผลมาทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้
เกี่ยวกับพืชกระท่อมใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.820 และหาค่าความเชื่อมั่นของ
แบบสอบถามในส่วนของทัศนคติต่อการใช้พืชกระท่อมโดยใช้สูตรหาค่า Cronbach's Alpha
coefficient พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.724

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ใช้สถิติ Mann-Whitney U test
เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ และระดับทัศนคติระหว่างเพศ และใช้สถิติ Kruskal
Wallis test สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ และระดับทัศนคติระหว่างตัวแปร อายุ
สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษาสูงสุด และอาชีพ เนื่องจากข้อมูลไม่เป็นไป
ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพารามตริก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัย
การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB S034-2567 เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2567
โดยผู้วิจัยให้ข้อมูล และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัยก่อนการเก็บ
ข้อมูล และให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ไม่มีการบังคับหรือเกิดความเกรงใจ



ผลการวิจัย

มีผู้ตอบแบบสอบถามการวิจัยที่สมบูรณ์จำนวน 231 คน ประกอบด้วย เพศชาย ร้อยละ 46.3 เพศหญิง ร้อยละ 53.7 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี ร้อยละ 42.4 และ 30-44 ปี ร้อยละ 39.0 มีสถานะสมรส ร้อยละ 66.2 มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 41.1 ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษาและประถมศึกษา ร้อยละ 32.9 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 25.5 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.0 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 31.6 และพนักงานประจำ ร้อยละ 15.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 231)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	107	46.3
หญิง	124	53.7
อายุ (Mean = 41.99 , S.D. = 11.66 , Min = 20 , Max = 59)		
18-29	43	18.6
30-44	90	39.0
45-59	98	42.4
สถานภาพสมรส		
โสด	58	25.1
สมรส	153	66.2
หม้าย/หย่าร้าง/แยกทางกัน	20	8.7
รายได้ต่อเดือน (Mean = 9617.58 , S.D. = 9129.59 , Min = 500 , Max = 80,000)		
ต่ำกว่า 5,000	78	33.8
5,001-10,000	95	41.1
10,001-20,000	45	19.5
มากกว่า 20,001	13	5.6



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าประถมศึกษาและประถมศึกษา	76	32.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	20.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	59	25.5
อนุปริญญา /ปวส.	16	6.9
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	33	14.3
อาชีพ		
เกษตรกร	74	32.0
ค้าขาย	19	8.2
รับจ้างทั่วไป	73	31.6
รับราชการ	14	6.1
พนักงานประจำ	36	15.6
อื่นๆ ได้แก่ ธุรกิจส่วนตัว พนักงานส่งอาหาร	15	6.5

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพิษกระท่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 19.9 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 16.5 และส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับพิษกระท่อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.0 รองลงมา คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 9.5 และระดับดี ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 โดยข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับพิษกระท่อมที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับสูงสุด คือ “พิษกระท่อมมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทคล้ายยาเสพติดบางชนิด” ตอบถูกจำนวน 215 คน ร้อยละ 93.1 รองลงมา คือ “การบริโภคพิษกระท่อมอาจมีผลเสียทั้งต่อร่างกายและจิตใจ” ตอบถูกจำนวน 214 คน ร้อยละ 92.6 และ “การบริโภคพิษกระท่อมมากเกินไปอาจทำให้ผิวแห้งคล้ำ และนอนไม่หลับ” ตอบถูกจำนวน 212 คน ร้อยละ 91.8 ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับพิษกระท่อมที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับสูงสุด คือ “พิษกระท่อมสามารถทนต่อสภาพอากาศหนาวเย็นได้” ตอบผิดจำนวน 168 คน ร้อยละ 72.7 รองลงมา คือ “พิษกระท่อมจัดเป็นยาเสพติดตามกฎหมายไทย” ตอบผิดจำนวน 165 คน ร้อยละ 71.4 และ “พิษกระท่อมไม่มีฤทธิ์ในการลดระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด” ตอบผิดจำนวน 141 คน ร้อยละ 61.0 ในส่วนของระดับทัศนคติเกี่ยวกับพิษกระท่อม พบว่า ข้อคำถามทัศนคติเกี่ยวกับพิษกระท่อมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคิดเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับสูงสุด คือ “ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษกระท่อมแก่ประชาชน”



($\bar{x} = 4.46$) รองลงมา “พืชกระท่อมควรถูกใช้เป็นทางเลือกในการรักษาโรค” ($\bar{x} = 3.78$) และ “พืชกระท่อมมีประโยชน์ทางการแพทย์” ($\bar{x} = 3.76$) และข้อความทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นด้วยน้อยที่สุด 3 อันดับสูงสุด คือ “ควรมีกฎหมายควบคุมการบริโภคพืชกระท่อมอย่างชัดเจน” ($\bar{x} = 1.76$) รองลงมา คือ “ผู้ที่บริโภคพืชกระท่อมอย่างต่อเนื่องมีความเสี่ยงต่อการเสพติด” ($\bar{x} = 1.69$) และ “ควรมีการกำหนดปริมาณการบริโภคพืชกระท่อมที่ถูกต้องและเหมาะสมตามกฎหมาย” ($\bar{x} = 1.68$)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (n = 231)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อม (Mean = 13.29 , S.D. = 2.21 , Min = 6 , Max = 17)		
ต่ำ	38	16.5
ปานกลาง	147	63.6
สูง	46	19.9
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อม (Mean = 2.73 , S.D. = 0.28 , Min = 1.88 , Max = 3.84)		
ไม่ดี	6	2.6
ปานกลาง	224	97.0
ดี	1	0.4

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับความรู้ และระดับทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมเมื่อจำแนกโดยคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมเมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมเมื่อจำแนกตามระดับรายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษาสูงสุด และอาชีพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($H = 11.851$, p-value = 0.008, $H = 13.323$, p-value = 0.010 และ $H = 13.166$, p-value = 0.022) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคลกับทัศนคติของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (n = 231)

ตัวแปร	n	Mean Rank	Sum of Ranks	U/H	p-value
เพศ					
ชาย	107	118.88	12720.00	6326.00	0.241 ^a
หญิง	124	113.52	14076.00		



ตัวแปร	n	Mean Rank	Sum of Ranks	U/H	p-value
อายุ (ปี)					
18-29 ปี	43	118.48	-	1.655	0.437 ^b
30-44 ปี	90	112.33	-		
45-59 ปี	98	118.29	-		
สถานภาพ					
โสด	58	118.39	-	1.034	0.596 ^b
สมรส	153	115.98	-		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกทางกัน	20	109.25	-		
รายได้ต่อเดือน(บาท)					
ต่ำกว่า 5,000	78	123.42	-		0.008* ^b
5,001-10,000	95	111.97	-	11.851	
10,001-20,000	45	118.83	-		
มากกว่า 20,001	13	91.12	-		
ระดับการศึกษาสูงสุด					
ต่ำกว่าประถมศึกษาและ	76	117.42	-	13.323	0.010* ^b
ประถมศึกษา					
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	123.83	-		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	59	120.65	-		
อนุปริญญา/ปวส.	16	97.75	-		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	33	102.11	-		
อาชีพ					
เกษตรกร	74	117.03	-	13.166	0.022* ^b
ค้าขาย	19	120.45	-		
รับจ้างทั่วไป	73	115.47	-		
รับราชการ	14	85.43	-		
พนักงานประจำ	36	120.11	-		
อื่นๆ ได้แก่ ธุรกิจส่วนตัว	15	126.50	-		
พนักงานส่งอาหาร					

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ^a Mann-Whitney U test ^b Kruskal Wallis test



สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้และระดับทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมในระดับปานกลางร้อยละ 63.6 และ 90.0 ตามลำดับ ระดับความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล แต่ระดับทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อจำแนกตามระดับรายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษาสูงสุด และอาชีพที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษาซึ่งผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องการศึกษาของ อัญญาวุฒิ โยธาสุภาพ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลางเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานซึ่งมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมตอนต้น มัธยมตอนปลาย/ปวช. อาจทำให้มีการศึกษาความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมได้ค่อนข้างน้อย และจากการเปลี่ยนแปลงสถานะทางกฎหมายของพืชกระท่อมในช่วงที่ผ่านมา อาจทำให้ประชาชนสับสนเกี่ยวกับสถานะของพืชกระท่อม เช่น การใช้เพื่อสุขภาพ การใช้ในชุมชน หรือการควบคุมทางกฎหมาย ส่งผลให้การรับรู้และความเข้าใจอาจถูกจำกัดจากข้อมูลเดิมที่ผิดพลาด เช่น ความเชื่อหรือข่าวลือเกี่ยวกับพืชกระท่อมที่ไม่ตรงกับข้อเท็จจริง

ทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องการศึกษาของ อัญญาวุฒิ โยธาสุภาพ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับพืชกระท่อมระดับปานกลางอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลางซึ่งส่งผลทำให้มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้เพราะความรู้เป็นพื้นฐานของทัศนคติ ความรู้มีส่วนสำคัญในการสร้างและปรับเปลี่ยนทัศนคติ หากความรู้ที่ได้รับมีความจำกัดหรือไม่ครอบคลุม การรับรู้และการประเมินเกี่ยวกับพืชกระท่อมอาจไม่ลึกซึ้งเพียงพอ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพียงปานกลาง อาจเกิดความเข้าใจผิด หรือยังไม่สามารถมองเห็นประโยชน์และความเสี่ยงของพืชกระท่อมอย่างครบถ้วน ทัศนคติที่พัฒนาไปจึงอาจอยู่ในระดับกลางได้เช่นกัน

ระดับความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมไม่แตกต่างกันเมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอาจไม่มีประสบการณ์ในการใช้พืชกระท่อมหรือไม่คุ้นเคยกับพืชกระท่อมเนื่องจากพืชกระท่อมเพิ่งได้รับการอนุญาตให้จำหน่ายอย่างเสรี จึงส่งผลทำให้เกิดการรับรู้หรือมีความรู้เกี่ยวกับพืชกระท่อมที่ไม่แตกต่างกัน ระดับทัศนคติที่แตกต่างกันเมื่อจำแนกตามรายได้ต่อเดือนสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Albert Bandura⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า บุคคลที่มีรายได้แตกต่างกันจะได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกัน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่มีการศึกษา



ต่อเดือนแตกต่างกันจึงอาจมีทัศนคติที่แตกต่างกัน อันเนื่องมาจากการอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมทางสังคมหรือการถูกเลี้ยงดูจากครอบครัวที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ คือ ผู้ที่มีระดับรายได้ต่อเดือนสูงที่สุดมีค่าเฉลี่ยอันดับของทัศนคติต่อพืชกระท่อมต่ำที่สุด ในขณะที่ผู้ที่มีระดับรายได้ต่อเดือนต่ำที่สุดมีค่าเฉลี่ยอันดับของทัศนคติต่อพืชกระท่อมสูงที่สุด ระดับทัศนคติที่แตกต่างกันเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ United Nation Population Fund (UNFPA)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า มีผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีทัศนคติ ค่านิยม ระบบความคิดและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน บุคคลที่มีการศึกษาสูงเมื่อมีความสนใจข้อมูลต่างๆ จะต้องมีหลักฐานหรือเหตุผลสนับสนุนเพียงพอจึงจะเชื่อ และมักอ่านหนังสือ ตำรางานวิจัยหรืองานวิชาการต่างๆ มาประกอบการพิจารณาในการตัดสินใจ เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษานี้ทัศนคติของผู้ที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันอาจทำให้มีการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับพืชกระท่อม ผลกระทบจากการใช้พืชกระท่อม และอิทธิพลจากสังคมรอบข้างเกี่ยวกับพืชกระท่อมที่แตกต่างกัน โดยในการศึกษานี้ผู้ที่มีค่าเฉลี่ยอันดับทัศนคติต่อพืชกระท่อมสูงที่สุด คือ ผู้ที่จบมัธยมศึกษาตอนต้น ทัศนคติที่แตกต่างกันเมื่อจำแนกตามอาชีพ สอดคล้องการศึกษาของ Wendy Wood และ Eagly, Alice H⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า บทบาททางสังคมในแต่ละอาชีพมีอิทธิพลต่อการพัฒนาทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคล คนที่ทำงานในอาชีพที่ต้องรับผิดชอบสูงมักจะมีทัศนคติที่เน้นการตัดสินใจที่รวดเร็วและแม่นยำ ขณะที่คนในอาชีพที่ต้องมีความสัมพันธ์กับลูกค้าหรือสังคม เช่น ธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย มักจะมีทัศนคติที่ยืดหยุ่นและเปิดกว้างมากกว่า ดังนั้นในการศึกษานี้บุคคลแต่ละอาชีพมีทัศนคติที่แตกต่างกันอาจเกิดจากปัจจัยหลายด้าน เช่น ลักษณะงาน สภาพแวดล้อมทางสังคม การควบคุมจากองค์กร และการรับรู้ผลกระทบจากพืชกระท่อม โดยในการศึกษานี้ผู้ที่มีค่าเฉลี่ยอันดับต่อพืชกระท่อมต่ำที่สุด คือ กลุ่มอาชีพรับราชการอาจเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีระเบียบกฎเกณฑ์

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการขยายพื้นที่การศึกษาในพื้นที่อื่นๆ หรือกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เช่น กลุ่มวัยรุ่น ผู้สูงอายุ หรือกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการปลูกหรือใช้พืชกระท่อมโดยตรง เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มและควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความรู้และทัศนคติเพิ่มเติม เช่น บริบททางสังคม อิทธิพลของสื่อที่ประชาชนรับรู้ ประสบการณ์ส่วนตัวเกี่ยวกับพืชกระท่อม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.กิ่งแก้ว มาพงษ์ หัวหน้าภาควิชาเทคนิคเภสัชกรรม และอาจารย์ประจำภาควิชาเทคนิคเภสัชกรรม วิทยาการสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี ทุกคน ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงงานวิจัยชิ้นนี้ตลอดมา



เอกสารอ้างอิง

1. Singh D, Narayanan S, Vicknasingam B. Traditional and non-traditional uses of Mitragynine (Kratom): A survey of the literature. *Brain Research Bulletin* 2016; 126: 41-6.
2. อำนวย ธีรรัตน์ศรีสกุล. พืชกระท่อมกับการดูแลสุขภาพของคนไทย. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ* 2565; 1(5).
3. Swogger MT, Smith KE, Garcia-Romeu A, Grundmann O, Veltri CA, Henningfield JE, et al. Understanding kratom use: a guide for healthcare providers. *Frontiers in pharmacology* 2022; 13: 801855.
4. Eastlack SC, Cornett EM, Kaye AD. Kratom—pharmacology, clinical implications, and outlook: a comprehensive review. *Pain and therapy* 2020; 9: 55-69.
5. จุไรทิพย์ หวังสินทวีกุล. พืชออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท. *สงขลา: นิโอฟอัยท์*; 2554.
6. Prozialeck WC, Avery BA, Boyer EW, Grundmann O, Henningfield JE, Kruegel AC, et al. Kratom policy: the challenge of balancing therapeutic potential with public safety. *J International Journal of Drug Policy* 2019; 70: 70-77.
7. พระราชบัญญัติพืชกระท่อม 2565.ราชกิจจานุเบกษา. (2565); 139(52ก): 1-14.
8. กิตติยาพร ทองไทย. ปัญหาการใช้ยาเสพติดในร้านจำหน่ายพืชกระท่อม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ* 2567; 4(1): 284-295.
9. ปันณทัต ดันชนปัญญากร, ทศนพรพรรณ เวชศาสตร์, นลพรพรรณ ชันติกุลานนท์ และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้พืชกระท่อมของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านกระแซง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์* 2566; 18(2): 45-59.
10. กุสุมาลย์ น้อยผา, วิทวัส หมาดอี, สรายุทธ หวังเกตุ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมในการดูแลตนเองของประชาชนในพื้นที่อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารหมอยาไทยวิจัย* 2565; 8(2): 81-98.
11. อัยฎาวุฒิ โยธาสุภาพ, แก้วกาญจนา บุญมาสีใส, ศิริรัตน์ คำนิยม, วรรัฐภรณ์ พอขุนทด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคพืชกระท่อมของประชาชนกลุ่มวัยแรงงานในพื้นที่ตลาดไท จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2567; 17(2): 269-283.
12. Bloom BS, et al. *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
13. Best JW, & Kahn, J. V. . *Research in education*. New Jersey: Printice Hall. In: Inc; 1997.
14. Bandura A. *Social learning theory*: J Englewood Cliffs; 1977.



15. (UNFPA) UNPF. Impact of demographic change in Thailand. Bangkok, Thailand: UNFPA. :
Country Office in Thailand; 2011.
16. Eagly AH, Wood W. The origins of sex differences in human behavior: Evolved dispositions
versus social roles. J American psychologist. 1999;54(6):408.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

FACTORS INFLUENCING HEALTH BEHAVIORS OF PATIENTS WITH UNCONTROLLED DIABETES MELLITUS IN THA DIN DAENG SUB-DISTRICT, PHAK HAI DISTRICT, PHRA NAKHON SRI AYUTTHAYA PROVINCE

Received: February 20, 2025

Revised: April 27, 2025

Accepted: April 29, 2025

จันทกานต์ จันทร์อินทร์¹, ณัฐวรรณ วงษ์ศิริ¹,

ขนิษฐา นาคเกลี้ยง², ทศพร ชูศักดิ์^{2*}

Jantakan Jan-in¹, Natthawan Wongsiri¹,

Kanittha Nakkliang², Thassaporn Chusak^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าดินแดง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหน้าโคก อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 146 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

คำสำคัญ: ปัจจัย, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

B.P.H. Student, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn University under the Royal Patronage Pathum Thani Province

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

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

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



Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate the health behaviors and factors affecting these behaviors of patients with uncontrolled diabetes mellitus. The study sample consisted of 146 patients with diabetes mellitus who were registered in the diabetes patient registry at Tha Din Daeng Health Promoting Hospital and Na Kok Health Promoting Hospital in Pak Hai District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, and who exhibited uncontrolled diabetes mellitus. Data were collected through questionnaires and analyzed using descriptive statistics. Factors influencing health behaviors of patients with uncontrolled diabetes mellitus were analyzed using multiple regression analysis.

The study results indicated that personal factors, including age and educational level, were statistically significantly associated with health behaviors among patients with uncontrolled diabetes mellitus (p -value < 0.05). Additionally, perception factors, including perceived risk of diabetes, perceived barriers to diabetes prevention, and perceived self-efficacy, were statistically significantly associated with health behaviors among patients with uncontrolled diabetes mellitus (p -value < 0.05).

Keywords: Factors, Health behaviors, Patient with uncontrolled diabetes mellitus Diabetes



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจุบันมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก สาเหตุสำคัญเกิดจากความผิดปกติในการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินจากตับอ่อน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ หากไม่สามารถควบคุมโรคได้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบ มีความบกพร่องในการทำหน้าที่และเกิดความล้มเหลวของอวัยวะ เช่น ตา ไต ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งมักพบหลังจากเป็นเบาหวานมาประมาณ 5-10 ปี⁽¹⁻²⁾ และการคาดการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือมีการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 1 รายในทุกๆ 5 นาที⁽³⁾ การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ จะส่งผลให้มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ที่จะนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรค ครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติ⁽⁴⁾

ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง การใช้ยาสเตียรอยด์อย่างไม่ถูกวิธี เป็นต้น การละเลยต่อภาวะการเป็นโรคเบาหวาน ไม่เข้ารับการรักษาหรือรักษาไม่ถูกวิธีจะส่งผลทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมา เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หากทราบปัจจัยและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานก็สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ทั้งร่างกายและจิตใจได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีนั้น ต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ตามแนวคิดของ Schaefer และคณะ (1981)⁽⁵⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์หรือการติดต่อสื่อสารกันระหว่างบุคคลในสังคมเป็นการให้ข้อมูลหรือได้ข้อมูลทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ เอาใจใส่ ยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันกัน ได้รับการช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง เวลา แรงงานเมื่อบุคคลต้องการ นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับปัจจัยที่ทำให้เกิดการขาดการสนับสนุนทางสังคมและขาดการติดต่อกับสิ่งแวดล้อม จะส่งผลให้บุคคลขาดความมั่นใจในตนเอง มีความเครียด ท้อแท้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตอบสนองกับปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง⁽⁶⁾

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model; HBM) ของ Becker (1974)⁽⁷⁾ กล่าวว่า บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพ จะเกิดแรงผลักดันให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะทำการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับการรับรู้อุปสรรคต่างๆ



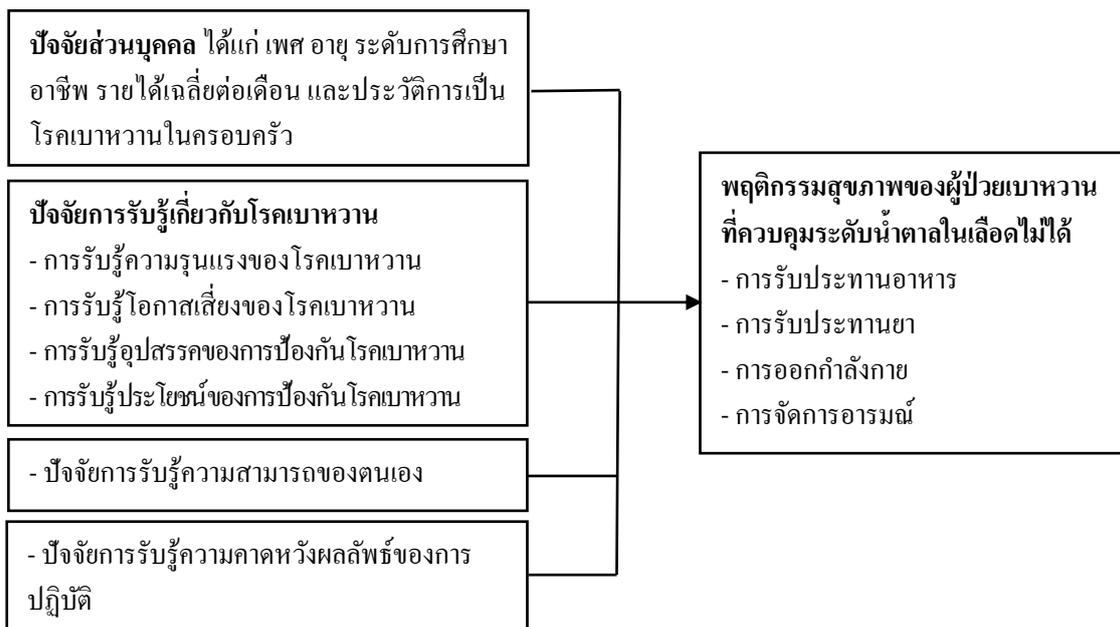
ในการปฏิบัติ แล้วจึงตัดสินใจเลือก แนวทางปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาศัย สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อเป็นตัวเร่งและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในด้านส่งเสริมสร้างเสริมพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรค อย่างแพร่หลาย อีกทั้งมีรายงานการใช้โปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถ เพิ่มความรู้และพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน และความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในประชากร กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁽⁸⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้กรอบ แนวคิดของทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพที่เชื่อว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ถ้าได้รับการรับรู้ความรุนแรงของ โรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของ การป้องกันโรค และหวังว่าผลจากการวิจัยนี้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้บุคลากรทางด้าน สาธารณสุข ส่งเสริมผู้ป่วยเบาหวานให้ได้รับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กรอบแนวคิดการวิจัย





ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Analytical Research) ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2566 ถึง เดือน ตุลาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าดินแดง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหน้าโคก ตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ปี พ.ศ. 2567) จำนวนทั้งหมด 146 คน โดยเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าดินแดง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหน้าโคก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ที่มีค่า HbA1c มากกว่า 7) 2) ผู้ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) เป็นผู้สมัครใจและมีความยินดีเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆ และไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการเป็นโรคเบาหวานในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 4 ด้าน จำนวน 35 ข้อ ได้แก่ 1) ข้อคำถามด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 14 ข้อ 2) ข้อคำถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 6 ข้อ 3) ข้อคำถามด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 5 ข้อ 4) ข้อคำถามด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 10 ข้อ การตอบแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผลเป็น 3 ระดับ โดยคิดค่าคะแนนแบบอิงกลุ่มตามเกณฑ์การวิเคราะห์ของเบส⁽⁹⁾ คือ ระดับมาก (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) และระดับน้อย (1.00-2.33)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ Bandura⁽¹⁰⁾



มีเกณฑ์การประเมินแบบสอบถาม 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผลเป็น 3 ระดับ⁽⁹⁾ คือ ระดับมาก (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) และระดับน้อย (1.00-2.33)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน จำนวน 34 ข้อ ได้แก่ 1) ข้อคำถามด้านการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ 2) ข้อคำถามด้านการออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ 3) ข้อคำถามด้านการรับประทานยา จำนวน 8 ข้อ 4) ข้อคำถามด้านการจัดการอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ โดยแบ่งความถี่ของการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ หมายถึง ทำนปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำสม่ำเสมออย่างน้อย สัปดาห์ละ 3-4 วัน ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ทำนปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางครั้งหรือบางวันสัปดาห์ละ 1-2 วัน หรือน้อยกว่านั้น ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ทำนไม่ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เลย การแปลผลเป็น 3 ระดับ โดยคิดค่าคะแนนแบบอิงกลุ่มตามเกณฑ์การวิเคราะห์ของเบต⁽⁹⁾ คือ ระดับมาก (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) และระดับน้อย (1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-Objective Congruence; IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. การทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลเขาคิน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยง คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.90, 0.92 และ 0.71 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Method) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ (Ethics committee : EC) โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วันที่ 05 สิงหาคม พ.ศ. 2567 (รหัสจริยธรรม การวิจัย COA No. 0063/2567 REC No. 0026/2567)



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1: ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร จำนวน 146 คน พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.30 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 51-70 ปี (อายุเฉลี่ย 59.98 ปี) ร้อยละ 49.30 มีระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.50 ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป/บริการ ร้อยละ 41.10 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 5,001-10,000 บาท (รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,121.23 บาท) ร้อยละ 39.00 มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และส่วนใหญ่ พบว่า มารดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 41.10

ส่วนที่ 2: ผลศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 4 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ประชากรมีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.10 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.20 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.00 และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้เกี่ยวโรคเบาหวาน 4 ด้าน ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (n = 146)

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค		
มาก (3.68- 5.00)	62	42.50
ปานกลาง (2.34-3.67)	79	54.10
น้อย (1.00-2.33)	5	3.40
Mean = 2.39, S..D. = 0.55		
ด้านการรับรู้ความเสี่ยงของโรค		
มาก (3.68- 5.00)	82	56.20
ปานกลาง (2.34-3.67)	57	39.00
น้อย (1.00-2.33)	7	4.80
Mean = 2.51, S.D. = 0.59		
ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค		
มาก (3.68-5.00)	54	37.00
ปานกลาง (2.34-3.67)	48	32.90
น้อย (1.00-2.33)	44	30.10
Mean = 2.07, S.D. = 0.82		



ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค		
มาก (3.68- 5.00)	119	81.50
ปานกลาง (2.34-3.67)	25	17.10
น้อย (1.00-2.33)	2	1.40
Mean = 2.80, S.D. = 0.43		

ส่วนที่ 3: การรับรู้ความสามารถของตนเอง ประชากรส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.30 และการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ประชากรส่วนใหญ่มีการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (n = 146)

ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน		
มาก (3.68-5.00)	107	73.30
ปานกลาง (2.34-3.67)	35	24.00
น้อย (1.00-2.33)	4	2.70
Mean = 2.71, S.D. = 0.51		
การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ		
มาก (3.68-5.00)	111	76.00
ปานกลาง (2.34-3.67)	31	21.20
น้อย (1.00-2.33)	4	2.70
Mean = 2.73, S.D. = 0.50		

ส่วนที่ 4: การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.10 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 41.10 พฤติกรรมด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.30 และพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.20 ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล
 ในเลือดไม่ได้ (n = 146) ตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการบริโภคอาหาร		
มาก (3.68-5.00)	15	10.30
ปานกลาง (2.34-3.67)	117	80.10
น้อย (1.00-2.33)	14	9.60
Mean = 2.01, S.D. = 0.45		
ด้านการออกกำลังกาย		
มาก (3.68-5.00)	42	28.80
ปานกลาง (2.34-3.67)	44	30.10
น้อย (1.00-2.33)	60	41.10
Mean = 1.87, S.D. = 0.83		
ด้านการรับประทานยา		
มาก (3.68-5.00)	7	4.80
ปานกลาง (2.34-3.67)	126	86.30
น้อย (1.00-2.33)	13	8.90
Mean = 1.96, S.D. = 0.37		
ด้านการจัดการอารมณ์		
มาก (3.68-5.00)	30	20.50
ปานกลาง (2.34-3.67)	82	56.20
น้อย (1.00-2.33)	34	23.30
Mean = 1.97, S.D. = 0.66		

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Method) ของปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n = 146) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม



สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอฝักไห้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value < 0.05) ได้สมการถดถอยพหุคูณคือ ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอฝักไห้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา = 84.491-0.265 (อายุ) - 1.079 (ระดับการศึกษา) + 0.353 (ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน) + 0.295 (ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน) - 0.504 (ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง) โดยให้ค่า R Square = 0.610 คิดเป็นร้อยละ 61 นั่นคือ ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัว สามารถอธิบายตัวแปรตาม Y ได้และเมื่อพิจารณาค่า Collinearity Statistics (VIF) ของตัวแปรอิสระทุกตัว พบว่า มีค่าไม่เกิน 10 ดังนั้น ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอฝักไห้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n = 146)

ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	p-value	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients			Statistics	
	B	S.E.	Beta			Tolerance	VIF
ค่าคงที่	84.491	4.053		20.849	0.000		
เพศ	0.036	0.868	0.003	0.042	0.967	0.970	1.031
อายุ	-0.265	0.040	-0.551	-6.641	<0.001***	0.666	1.502
ระดับการศึกษา	-1.019	0.439	-0.180	-2.324	0.022*	0.764	1.309
อาชีพ	0.047	0.387	0.009	0.120	0.904	0.744	1.344
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.000	0.000	0.131	1.656	0.100	0.730	1.370
บิดา	-0.161	0.882	-0.013	-0.182	0.856	0.945	1.058
มารดา	-1.185	0.931	-0.094	-1.274	0.205	0.835	1.198
พี่น้อง	1.735	0.983	0.122	1.766	0.080	0.985	1.044
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (X ₁)	0.107	0.071	0.146	1.501	0.136	0.620	1.613
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน(X ₂)	0.353	0.169	0.218	2.095	0.038*	0.539	1.856
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน (X ₃)	0.295	0.104	0.258	2.839	0.005*	0.711	1.407



ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	p-value	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients			Statistics	
	B	S.E.	Beta			Tolerance	VIF
การรับรู้ประโยชน์ ของการป้องกันโรค เบาหวาน (X ₄)	-0.204	0.128	-0.221	-1.591	0.114	0.305	3.283
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง (X ₅)	-0.504	0.207	-0.316	-2.430	0.016*	0.347	2.879
การรับรู้ความคาด หวังผลลัพธ์ของการ ปฏิบัติ (X ₆)	0.513	0.280	0.257	1.828	0.070	0.296	3.379

R = 0.372 R² = 0.610 F = 10.164 p-value < 0.001

*p-value < 0.05

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอฝักไหม้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประชากรจำนวน 146 คน พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 59.98 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป/บริการ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,121.23 บาท และมีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว พี่/น้อง (ไม่ได้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า ด้านการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระดับน้อย พฤติกรรมด้านการรับประทานยา และพฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ในระดับปานกลาง ความสามารถด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานในระดับปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา ตัวแปรด้านการรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value < 0.05) สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ ร้อยละ 61.0



อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การจัดการอารมณ์หรือความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิสุทธิ์ โนจิตต์ และคณะ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท⁽¹¹⁾ และการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงรัตน์ หาญพูน และนวลพรรณ ระโหฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากทั้งในกลุ่มที่ควบคุมเบาหวานได้และความคุมเบาหวานไม่ได้ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง แต่ยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการบริโภคและการออกกำลังกาย⁽¹²⁾

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value < 0.05) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรรษา สุวรรณสินธุ์ และรัฐพล ไกรกลาง⁽¹³⁾ กล่าวได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น ก็จะส่งผลให้โอกาสที่ควบคุมระดับน้ำตาลทำได้ยากขึ้น เนื่องจากการหลั่งอินซูลินของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จะลดลงและมีภาวะคืออินซูลินมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิลิต ศรีพุ่ม และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุค่าเฉลี่ย 59.98 ปี เข้าสู่ผู้สูงอายุ ซึ่งการเสื่อมถอยและมีภูมิคุ้มกันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมัยพร เสียงสนั่น ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี⁽¹⁵⁾

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้ดีที่สุดโดยพิจารณาจากค่า β คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน ($\beta = 0.353$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ($\beta = 0.295$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = -0.504$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชมัยพร เสียงสนั่น⁽¹⁵⁾ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และสอดคล้องกับ



การศึกษาของ จันทิมา เกษมเจริญ⁽¹³⁾ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองได้เกิดการรับรู้และเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ และมีความคาดหวังด้านความสามารถตนเองทำให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value < 0.05)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำเอาผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้เกิดการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และกลุ่มตัวอย่างประชากรผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลท่าดินแดง อำเภอฝักไห้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก; 2566.
3. นันทพร ระเบียบ. 14 พฤศจิกายน วันเบาหวานโลก WORLD DIABETES DAY [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cmu.ac.th/th/article/1516e9d1-9cb9-40fa-ba98-9285046ddfe6>; 2566
4. สมเกียรติ โภทิสัตย์, สติชัย นิรมิตมหาปัญญา, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, วีระศักดิ์ ศรีนนภากร, นภา ศิริวิวัฒนากุล. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus). การแพทย์ไทย 2554-2557; 2564.
5. Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*. 1981; 4(4): 381-405.



6. เอกภพ จันทร์สุคนธ์ และปัทมา สุพรรณกุล. แรงสนับสนุนทางสังคมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2563; 14(2): 1-7.
7. Becker, M. HThe health belief model and sick role behavior. Health education monographs. 1974; 2(4): 409-419.
8. มงคล การุณงามพรรณ, ภาวดี รามสิทธิ์, ศิริัญญา ชุ่มเต็ม.ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน และความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2567; 10(1): 50-63.
9. Best, John. Research in Education. New Jersey:Prentice Hall, Inc. 1977.
10. Bandura, A. Socail Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. U.S.A.: Plentice-Hall; 1986.
11. วิสุทธิ์ โนจิตต์, สุทิสสา สงวนสังข์, สุวัฒนา เกิดเมือง, ศุภสิริ สุขสม, บุษยา คำคำ, จันทิมา นวะมะวัฒน์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี 2562; 8(2): 200-212.
12. ดวงรัตน์ หาญพุด และนวลพรรณ ระโหฐาน. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลด่านช้าง. วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2566; 2(2): 127-138.
13. สุพรรณยา สุวรรณสิรินนท์ และรัฐพล ไกรกลาง. การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566; 9(3): 136-146.
14. นิสิต ศรีพุ่ม, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, เชิดพงษ์ ทองสุข. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น 2564; 2(3): 17-29.
15. ชมัยพร เลี้ยงสีน้ำ. น้ำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2567; 5(3): 339-351.



ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

FACTORS AFFECTING THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG STROKE PATIENTS IN THE COMMUNITY, CHACHOENGSAO PROVINCE

Received: September 23, 2024

Revised: November 27, 2024

Accepted: December 03, 2024

นฤมล พรหมบุญ¹, ปาจารย์ อับดุลลาคาซิม¹, นิภา มหารัชพงค์^{1*}

Nareumol Prombun¹, Pajaree Abdullakasim¹, Nipa Maharachpong^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐบาลจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 181 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2567 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (multiple linear regression)

ผลการวิจัย ระบุว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BI) หลังการเจ็บป่วย 1 ปี อยู่ในช่วง ≥ 12 คะแนน โดยร้อยละ 67.4 มีค่าเฉลี่ย 12.14 คะแนน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านอยู่ในระดับดี มีความรู้ในการดูแลตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ระดับปานกลาง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.215$, $p\text{-value} < 0.01$) ระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลตนเอง ($r = 0.174$, $p\text{-value} < 0.05$) และระยะเวลาที่ป่วย ($r = 0.159$, $p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม ผ่านเครือข่ายชุมชนและครอบครัว พัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ ด้านการดูแลตนเอง ออกแบบ แนวทางฟื้นฟูระยะยาว ตามช่วงเวลาการป่วย และศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Public Health, Burapha University

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



Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the factors influencing the daily living activities of stroke patients in the community of Chachoengsao Province. The sample consisted of 181 stroke patients who had received treatment at government hospitals in Chachoengsao Province. The sampling method employed was multi-stage sampling. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression. The data collection period spanned from June to August 2024.

The results of the study revealed that 67.4% of the participants had Barthel Index (BI) scores of ≥ 12 one year after the onset of stroke, with an average score of 12.14. The participants received good levels of social support as well as favorable home and external environments. Self-care knowledge and perceived self-efficacy were at a moderate level. Factors significantly associated with daily living activities among community-dwelling stroke patients included social support ($r = 0.215$, $p\text{-value} < 0.01$), Self-care knowledge ($r = 0.174$, $p\text{-value} < 0.05$) and duration of illness ($r = 0.159$, $p\text{-value} < 0.05$).

Social support should be promoted through community and family networks. Develop educational programs on self-care, design long-term rehabilitation strategies based on illness duration, and explore additional factors to enhance a more comprehensive and effective care model.

Keywords: Stroke patients, Activities of daily living



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีสาเหตุจากการขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) แบ่งออกเป็นอีก 2 ชนิดย่อยๆ ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดสมองตีบเป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้ และภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ประเภทเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง อาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือเคลื่อนไหวลำบาก โรคหลอดเลือดสมองอาจไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก โดยประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนารวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้จากสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,880 รายต่อแสนราย หรือประมาณร้อยละ 24 นับเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ อีกทั้งอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุระหว่าง 30-69 ปี⁽¹⁾

การฟื้นฟูสภาพทางการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเจ็บป่วยในระยะ 1 ปีแรก มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน การกลับไปทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด สามารถทำได้โดยการทำการกายภาพบำบัดในส่วนที่สูญเสียการเคลื่อนไหว ฝึกหัดเดิน บริหารข้อ ฝึกกล้ามเนื้อให้มีความแข็งแรง ซึ่งถ้าปล่อยไว้นานเกิน 1 ปี จะรักษาฟื้นตัวยากขึ้น ดังนั้น การทำการกายภาพบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเหลือความพิการน้อยลง บางรายสามารถกลับมาใช้ชีวิต ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ใกล้เคียงปกติ ประมาณ 3-20% ที่กลับมาเหมือนเดิมขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคที่สมอง⁽²⁾

ปัจจุบันประเทศไทยเกิดระบบการดูแลระยะกลาง โดยมุ่งเน้นเป้าหมายที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (traumatic brain injury) มีระยะเวลาอยู่ในช่วง 6 เดือนนับแต่วันที่พ้นภาวะวิกฤติ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนิยามของการดูแลระยะกลางในคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (guideline intermediate care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ว่าเป็น การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติ (acute phase) และมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม



จำเป็นต้องได้รับการสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ⁽³⁾

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการจากการสำรวจในปี 2562 ทั่วโลก พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปี ตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560-2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ⁽⁴⁻⁵⁾ และในปี 2560-2564 พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ในโรงพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 11.02, 10.60, 10.24, 10.34 และ 10.58 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มลดลง และเพิ่มขึ้นในปี 2563 และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ภายหลังการออกจากโรงพยาบาลไป 30 วัน ภาพรวมประเทศปี 2560-2564 สูงกว่าการเสียชีวิตในโรงพยาบาลประมาณ ร้อยละ 6 จึงเป็นข้อบ่งชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะ intermediate care น่าจะมีปัญหา เพราะเกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 30 วันหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งอาจเกิดจากมีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น การพัฒนาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย discharge planning และการติดตามให้คำปรึกษา และเยี่ยมบ้านช่วงแรกหลังออกจากโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างมาก การดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ภาศิเครือข่าย และผู้ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อมูลการฟื้นฟูระยะกลางผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ในปีงบประมาณ 2563-2565 แตกต่างจากข้อมูลในระดับประเทศ เนื่องจากมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ต้องได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) มีผลการประเมินคะแนน BI (Barthel ADL Index) หลังฟื้นฟูระยะวิกฤต น้อยกว่า 12 คะแนน จำนวนทั้งสิ้น 1,068 ราย หลังครบการดูแล 6 เดือนผู้ป่วยที่มีค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) มากกว่า 12 คะแนน จำนวน 988 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.51 และมีผู้ป่วยที่ต้องเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) เพียงจำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.49⁽⁷⁾ จะเห็นได้ว่า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีเปอร์เซ็นต์การฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงกว่าระดับประเทศ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น และการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังฟื้นฟูระยะวิกฤต ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้



หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายในการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยภายในและนอกบ้าน การทำกายภาพบำบัดอย่างรวดเร็วในช่วง 6 เดือนแรก ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าภาวะอัมพาตภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในการควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายของตนเองอย่างมาก⁽⁸⁾ ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูจากนักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัดอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน⁽⁹⁾ ผู้ป่วยจึงอยู่ในภาวะที่ไม่มั่นใจต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁰⁾ ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายต่อการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคมการรับรู้ความสามารถของตนเอง⁽¹¹⁾ ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้นั้น ต้องมีความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นของตนเองในการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่ตนเองคาดหวัง ผลตามแนวคิดทางปัญญาสังคมของเบนดูรา⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตใจที่มีอิทธิพลต่อความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรม และปัจจัยอีก 1 ปัจจัยสำคัญ คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นวิกฤตยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็น ด้านข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือจากบุคคลในประกอบกิจวัตรประจำวัน และการได้รับการสนับสนุนวัตถุประสงค์ของการดำเนินชีวิตประจำวัน

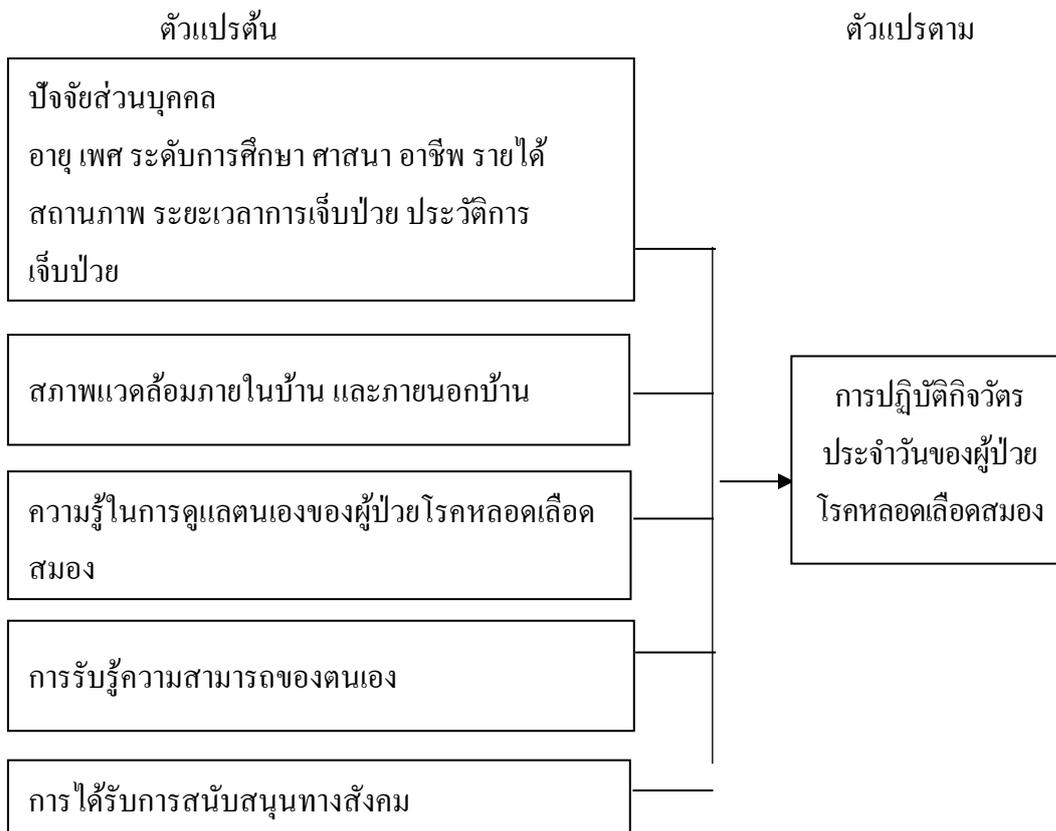
ดังนั้น เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ว่ามีปัจจัยใดที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในชุมชน และเนื่องจากในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรายังไม่มีผู้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy theory) ของ Bandura และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) ของ House ร่วมกับตัวแปรอื่นๆ มาใช้ในการศึกษา เพื่อนำผลที่ได้จากศึกษาวิจัยในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา มาใช้เป็นข้อมูลเป็นในการวางแผน ส่งเสริม และฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนหลังจากฟื้นระยะวิกฤติ และเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนหลังจากฟื้นระยะวิกฤติในจังหวัดใกล้เคียง หรือพื้นที่ๆ สนใจให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องเหมาะสมกับผู้ป่วย บริบททางสังคม และสภาพแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่าง มีความสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) โดยเก็บรวบรวมจากข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐบาลในพื้นที่ 11 อำเภอ ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐบาลในพื้นที่ 11 อำเภอ ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2565 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เข้าเกณฑ์ที่ต้องเข้ารับการดูแล



ฟื้นฟูระยะกลาง (intermediate care) ได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ หรือผู้ดูแล 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 246 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 151 คน เพื่อเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 181 คน ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) รายอำเภอ ทั้ง 11 อำเภอในจังหวัดฉะเชิงเทรา จากทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการรับรู้สามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) นำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ (แบบสอบถาม) โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ ผู้ดูแล ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 5 สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน จำนวน 10 ข้อ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลประสานงานขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จัดประชุมชี้แจงข้อมูลการเก็บแบบสอบถาม แก่เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่รับผิดชอบงานการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ 11 อำเภอ ของจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามตามโควตาที่จัดสรร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ประยุกต์ และสร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย 1) พญ.พจิภัทร อนุราชเสนา ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ รับผิดชอบงานการฟื้นฟูระยะกลาง รพ.พุทธโสธร 2) นายสมบัติ ทั้งทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา 3) รองศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ คณะวิทยาศาสตร์ สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ และ 4) ดร.กัญญา เกษรพิกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บางเกลือ อ.บางปะกง จ.ฉะเชิงเทรา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือหรือความเชื่อถือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach ได้ค่าความเที่ยง แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.241 ค่าความยากง่าย



เท่ากับ 0.861 ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.287 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.801 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.877 และแบบสอบถามสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.953 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ ศาสนา ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย และคำนวณค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และข้อมูลสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการใช้วิธีทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ การทำนาย (Coefficient of determination: R^2)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS019/2567(C1) เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2567 ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างทางผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างที่จะยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ทุกเมื่อ โดยการปฏิเสธหรือถอนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิประการใดๆ ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะพึงได้รับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 28.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.9 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 30.9 นัถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 72.9 อาชีพ รับจ้างทั่วไป/พนักงานบริษัท ร้อยละ 37.6 รายได้เฉลี่ย 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.2 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 42.5 โรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 27.1 ช่วงระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 11-15 เดือน 39.2 เฉลี่ย 10.43 เดือน ไม่มีประวัติคนในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 73.5 ไม่มีประวัติคนรู้จักป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและได้มีการพูดคุยกัน ร้อยละ 71.3 ผู้ดูแลหลักในช่วงที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง คือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 32.6



2. ข้อมูลค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ช่วง ดังนี้ 1) ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) หลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ช่วง 5-11 คะแนน ร้อยละ 45.9 เฉลี่ย 5.34 คะแนน 2) ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) หลังได้รับการดูแลครบ 6 เดือน อยู่ช่วง 5-11 คะแนน ร้อยละ 89.5 เฉลี่ย 7.83 คะแนน 3) ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ปัจจุบัน อยู่ช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ร้อยละ 67.4 เฉลี่ย 12.14 คะแนน

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน อยู่ในระดับดี ($M = 38.61, S.D. = 4.48, M = 39.11, S.D. = 5.11$ ตามลำดับ) มีความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 9.41, S.D. = 1.28, M = 58.54, S.D. = 5.39$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		ช่วงคะแนน		Mean	S.D.	แปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้		ค่าที่ได้ จริง				
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
1. ความรู้ในการดูแลตนเอง	0	12	5	12	9.41	1.28	ปานกลาง
2. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	10	50	22	50	38.61	4.48	ดี
3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	15	75	44	75	58.54	5.39	ปานกลาง
4. สภาพแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้าน	10	50	25	50	39.11	5.11	ดี

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = 0.215, p\text{-value} < 0.01$) ระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลตนเอง โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.174, p\text{-value} < 0.05$) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมี



ความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = 0.159$, $p\text{-value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง สภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) ปัจจุบัน

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	Y
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	1.00					
ความรู้ในการดูแลตนเอง	0.087	1.00				
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	0.018	-0.026	1.00			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.016	0.072	0.427**	1.00		
สภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน	-0.026	0.088	0.149*	0.587**	1.00	
ค่าคะแนน BI (Barthel ADL Index) 12 เดือน	0.159*	0.174*	-0.215**	-0.049	0.007	1.00

* $p\text{-value} < 0.05$, ** $p\text{-value} < 0.01$

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.214$, $p\text{-value} < 0.05$) ความรู้ในการดูแลตนเอง ($\beta = -0.155$, $p\text{-value} < 0.05$) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = 0.150$, $p\text{-value} < 0.05$) โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ได้ร้อยละ 67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.67$, $F_{(3,177)} = 6.316$, $p\text{-value} < 0.0001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	11.336	3.252		3.486	0.001
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	0.184	0.061	0.214	2.990	0.003
ความรู้ในการดูแลตนเอง	0.465	0.215	0.155	2.161	0.032
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	0.212	0.102	0.150	2.084	0.039

$R = 0.311$, $R^2 = 0.67$, $R^2_{\text{adj}} = 0.081$, $F_{(3,177)} = 6.316$, $p\text{-value} < 0.001$



สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การได้รับ การสนับสนุนทางสังคมโดยมีความสัมพันธ์ ทางลบ ($r = 0.215$, $p\text{-value} < 0.01$) ระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลตนเองโดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = 0.174$, $p\text{-value} < 0.05$) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = 0.159$, $p\text{-value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อยู่ใน ระดับปานกลาง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยมีความสัมพันธ์ ทางลบ ($r = 0.215$, $p\text{-value} < 0.01$) ระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลตนเองโดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = 0.174$, $p\text{-value} < 0.05$) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความสัมพันธ์ ทางบวก ($r = 0.159$, $p\text{-value} < 0.05$)

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และภายนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษติยาภรณ์ ไชพนัส และคณะ (2565)⁽¹³⁾ ศึกษาปัจจัยทำนาย การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษา พบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร อยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 51.13 ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.86 และระดับน้อย ร้อยละ 6.01 โดยมีปัจจัย ระยะเวลาที่ป่วยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมอง การสนับสนุนจากครอบครัวการสนับสนุนจากชุมชน และการสนับสนุนจากระบบบริการ สุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวร่างกายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยระดับบุคคล ด้านการสนับสนุน จากครอบครัว สามารถทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร ได้ร้อยละ 74.00 ($R^2 = 0.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวจึงสำคัญมากที่จะช่วยให้การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูดีขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมสร้างศักยภาพพัฒนาความรู้ สนับสนุนอุปกรณ์แก่ สมาชิกในครอบครัวเพื่อนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อุ้นเรือน สรอากาศ, วรณิ เดียววิเศษ และ จินตนา วัชรสินธุ์ (2558)⁽¹⁴⁾



ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ผลการวิจัย พบว่า 1) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล มีความเชื่อที่สนับสนุนพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง 2) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ระบุว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง 3) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล มีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านร่างกายและด้านจิตใจ จิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลางและด้านสังคม อยู่ในระดับน้อย 4) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\beta = 0.48, p\text{-value} < 0.001$) ระยะเวลาในการดูแล ($\beta = -0.11, p\text{-value} > 0.05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.38, p\text{-value} < 0.001$) ร่วมกันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 64 ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรา เลียงเชวงวงศ์ (2566)⁽¹¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายต่อการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคม คือ ผลกระทบของโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะการฟื้นฟูสภาพและกำลังกล้ามเนื้อ โดยร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 77 บุคลากรสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ในการพัฒนากิจกรรมหรือ โปรแกรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลตนเอง และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ดังนั้น การส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชนในการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการพัฒนากิจกรรมที่เสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอย่างสมบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ บุคลากรสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล Caregiver ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลศิริราช. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/1256_1.pdf
2. โรงพยาบาลพญาไท. ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและกายภาพบำบัด. ความจำเป็นต่อกายภาพบำบัดในผู้ป่วย “โรคหลอดเลือดสมอง” ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและกายภาพบำบัด; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://phyathai3hospital.com/home/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%>
3. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป ประเทศไทย ปี 2552. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2553. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <file://C:/Users/DELL/Downloads/Documents/03%2050.pdf>.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทย ปี 2560-2564. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.neurothai.org/images/journal/2021/vol37_no4/07%20Nana%20Sara%20Somsak.pdf
5. กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. กองโรคไม่ติดต่อ. สถิติผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
6. กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทย ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
7. กองตรวจราชการ. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6. รายงานการตรวจราชการ service plan สาขาการดูแลฟื้นฟูระยะกลาง(Intermediate care) ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://region6.cbo.moph.go.th/r6/>
8. Schmid, A. A., Van Puymbroeck, M., Altenburger, P. A., Dierks, T. A., Miller, K. K., Damush, T. M., & Williams, L. S. Balance and balance self-efficacy are associated with activity and participation after stroke a cross-sectional study in people with chronic stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2012; 1101-1107.



9. Edward C. Jauch. Part 1: executive summary. American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. 2010.
10. Korpershoek, C., van der Bijl J., Hafsteinsdottir T. B. Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke. a systematic review. Journal of Advanced Nursing 2011; 1876-1894.
11. สุนทรา เลียงเชวงวงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย 2566; 2: 78-96.
12. Bandura A. Self-efficacy toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1997; 84(2): 191-215.
13. กฤษติยาภรณ์ ไชพนัส และคณะ. ปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2565. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2565; 8: 39-52.
14. อุ้นเรือน สรอากาศ, วรณี เดียววิเศษ, จินตนา วัชรสินธุ์. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ปี 2558. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558; 9(2): 86-93.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

FACTORS ASSOCIATED TO SELF-CARE BEHAVIORS TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS IN KHLONG HIN PUN SUBDISTRICT, WANG NAM YEN DISTRICT, SA KAEO PROVINCE

Received: February 13, 2025

Revised: March 12, 2025

Accepted: April 25, 2025

ณภัทร บุรณะพลาณามัย¹, รัชณี สร้างนานอก¹, อมินตรา ภาระไพโร¹,
ธนสิทธิ์ ศรีคำเวียง¹, วิชуда ศรีวงษ์กลาง^{2*}

Naphat Buranaphanamai¹, Ratchanee Sangnanok¹, Amintra Phawanaprai¹,
Thanasit Srikhamwiang¹, Wichuda Sriwongklang^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 224 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคสแควร์ และ Fisher's exact test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.60 มีอายุเฉลี่ย 61.40 ปี และมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 6.18 ปี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ปัจจัยเอื้อด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากสังคม ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่สามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมถึงการจัดการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ: แนวคิด PRECEDE Model, ปัจจัย, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

¹ นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

B.P.H. Student, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage Pathum Thani Province

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

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

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



Abstract

This research was a cross-sectional survey study aimed at examining the factors associated with self-care behaviors among patients with type 2 diabetes in Khlong Hin Pun Subdistrict, Wang Nam Yen District, Sa Kaeo Province. The sample consisted of 224 patients with type 2 diabetes, selected through systematic sampling. Data were collected using a questionnaire and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, the chi-square test and Fisher's exact test.

The research findings revealed that the majority of type 2 diabetes patients were female 65.60%, with an average age of 61.40 years and an average duration of diabetes of 6.18 years. The overall self-care behavior of patients with type 2 diabetes was at a moderate level. The factors significantly associated with self-care behaviors (p -value < 0.05) included predisposing factors such as knowledge about diabetes and attitudes toward the disease, enabling factors such as environmental influences, and reinforcing factors such as social support.

Therefore, relevant local agencies can utilize this information as a guideline for planning and designing educational programs on diabetes, as well as implementing health management strategies to promote appropriate self-care behavior changes among patients with type 2 diabetes.

Keywords: PRECEDE Model, Factors, Type 2 diabetes mellitus, Self-care behavior



บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการรายงานข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบผู้ป่วยเป็นเบาหวานทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเป็นเบาหวานอายุ 20-79 ปี จำนวนมากถึง 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 รายในทุก 5 วินาที อีกทั้งมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ 541 ล้านคน ทำให้ประชากรทั่วโลกมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นเบาหวานชนิดที่ 2⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม จำนวน 3.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราการเสียชีวิต 25.1 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน⁽²⁾ ในเขตพื้นที่จังหวัดสระแก้ว มีการรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 26,627, 27,950 และ 29,721 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 3,147, 3,493, 4,020 คน อัตราการป่วย 561.04, 621.54, 714.27 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และจากการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในจังหวัดสระแก้วในปี พ.ศ. 2566 พบมีภาวะแทรกซ้อนทางตา จำนวน 525 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า จำนวน 119 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 3,290 คน และมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน จำนวน 675 คน ซึ่งในเขตอำเภอวังน้ำเย็น ได้แก่ ตำบลทุ่งมหาเจริญ วังน้ำเย็น ตาหลังโน และคลองหินปูน พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 4.93, 5.93, 6.10 และ 7.93 ตามลำดับ ซึ่งตำบลคลองหินปูนมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นอันดับ 1 ของอำเภอ โดยในปี พ.ศ. 2566 ตำบลคลองหินปูน พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.93 อัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน 602.66 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.84⁽³⁾ ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้มากที่สุดในช่วงอายุวัยกลางคนจนถึงผู้ที่มีอายุมาก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหลายระบบ และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคไต โรคของจอประสาทตาเสื่อม โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วยทำให้ต้องรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเองและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาด้วย สมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association) ได้ระบุว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีค่าใช้จ่ายสูงเป็นสองเท่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีค่าเฉลี่ยในการรักษาโรคเบาหวานอยู่ที่ประมาณ 6 แสนบาทต่อคนต่อปี⁽⁴⁾ พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องจะส่งผลให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเบาหวานได้ส่งผลให้การรักษาประสบความสำเร็จ⁽⁵⁾ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่



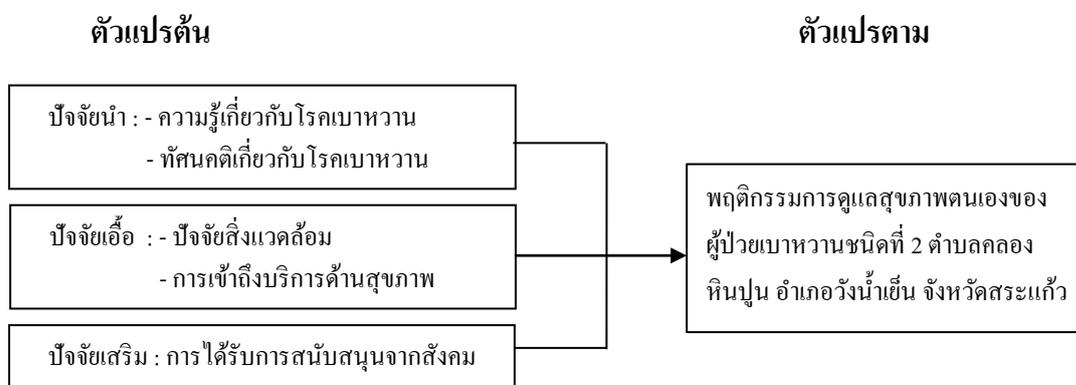
ถูกต้องและเหมาะสม ประกอบด้วย การดูแลตัวเองด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และสังคม ด้านการรักษา และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้ถูกต้องและต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดอัตราการสูญเสียชีวิตลงได้⁽⁶⁾ ในส่วนของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) หรือทฤษฎีการวิเคราะห์ พฤติกรรมของบุคคลแบบสหปัจจัยที่เรียกว่า PRECEDE Model เพื่อนำไปใช้ในการวินิจฉัยและประเมินสาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้าน ประกอบกัน โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผน และกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE FRAMEWORK) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยผลการศึกษานำไปสู่การได้ข้อมูลและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังและขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหินปูนอำเภอวังเย็น จังหวัดสระแก้ว จำนวน 552 คน โดยการคำนวณจากสูตรแดเนียล (Daniel, 1995)⁽⁸⁾ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2P(1-P)}{N-1d^2 + Z^2\alpha/2P(1-P)}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N = จำนวนประชากรเป้าหมาย 552 คน $Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติเท่ากับ 1.96 P = ค่าสัดส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในระดับปานกลาง เท่ากับ ร้อยละ 30.0⁽⁹⁾ และ d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 แทนค่า

$$n = \frac{552(1.96)^2 0.30 (1-0.30)}{(552-1)0.05^2 + (1.96)^2 0.30 (1-0.30)}$$

$$n = 204 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด ผู้วิจัยจึงคำนวณตัวอย่างเพิ่ม 10% ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหินปูน อำเภอวังเย็น จังหวัดสระแก้ว จำนวน 224 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังและขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหินปูน อำเภอวังเย็น จังหวัดสระแก้ว 2) มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว (DTX) 130-180 mg/dL ภายในระยะเวลา 3 เดือน และ 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การสุ่มตัวอย่าง โดยการวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ดังนี้



1. นำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โดยมีรายชื่อของทุกหน่วยประชากรมาเรียงเป็นระบบตามบัญชีเรียกชื่อ

2. กำหนดค่าช่วงที่ใช้ในการสุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตัวอย่าง (sampling Interval: I) จากอัตราส่วนระหว่างจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด โดยใช้สูตร $I = \frac{N}{n}$

$$\begin{aligned} \text{ดังนั้น ช่วงที่ใช้ในการสุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2} &= \frac{552}{224} \\ &= 2.46 \end{aligned}$$

ได้ช่วงในการสุ่มเท่ากับ 2 หน่วย

3. สุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เริ่มต้น (Random start: R) โดยการทาสลาก 2 หมายเลข คือ 1-2 หยิบสลาก 1 ครั้ง ได้หมายเลข 2 (R = 2) โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เริ่มเป็นตัวอย่างเป็นคนแรก คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในลำดับที่ 2 และหลังคาเรือนที่ 2, 3, 4, 5.... n ที่เป็นตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยที่ R+I, R+2I.....R+(n-1) I ดังนั้นได้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในลำดับ 4,6,8,10.... n ตามลำดับ และวนกลับมานับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใหม่จนได้ครบตามที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ประยุกต์ใช้ข้อความจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 บัญชีส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและการเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 บัญชีนำ ได้แก่

- ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบ เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ประกอบด้วย 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ มีการให้คะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ บลูม⁽¹⁰⁾ ดังนี้ ความรู้ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่า 60% (น้อยกว่า 6 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 60-79% (6-8 คะแนน) และความรู้ระดับสูง คะแนนตั้งแต่ 80% ขึ้นไป (8-10 คะแนน)

- ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ โดยมีข้อแสดงความคิดเห็น แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย เกณฑ์การประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การแปลผลคะแนนรายข้อ และโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-3.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ เบสท์ (Best, 1977)⁽¹¹⁾ คือ 1.00-1.66 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี 1.67-2.33 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง 2.34-3.00 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับดี



ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 10 ข้อ โดยมีข้อแสดงความคิดเห็น แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย เกณฑ์การประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-3.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977)⁽¹¹⁾ คือ 1.00-1.66 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี 1.67-2.33 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง 2.34-3.00 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ โดยมีข้อแสดงความคิดเห็น แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย เกณฑ์การประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-3.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977)⁽¹¹⁾ คือ 1.00-1.66 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ 1.67-2.33 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง 2.34-3.00 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 22 ข้อ ซึ่งลักษณะการตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย มีการแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977)⁽¹¹⁾ คือ 1.00-1.66 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดี 1.67-2.33 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง 2.34-3.00 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำผลการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.8-1.0 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มบุคคลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง จำนวน 30 คน โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.74 และทดสอบโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ ปัจจัยเอื้อ เท่ากับ 0.73 ปัจจัยเสริม เท่ากับ 0.78 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล



สุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ในกรณีหากละเมิดข้อตกลงทางสถิติ จะดำเนินการทดสอบด้วย Fisher's exact test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี เลขที่ COA No. 0064/2567 (REC No. 0027/2567) เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้ยึดตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ เคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม

ผลการวิจัย

พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 65.60 มีอายุอยู่ระหว่าง 35-59 ปี ร้อยละ 74.60 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.40 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.10 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.70 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 51.10 และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 46 เฉลี่ยระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 6.18 ปี

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=224)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	\bar{X}	SD.	การแปลผล
การบริโภคอาหาร	1.92	0.36	ระดับปานกลาง
การออกกำลังกาย	2.17	0.37	ระดับปานกลาง
การจัดการความเครียด	2.38	0.48	ระดับดี
การใช้ยา	2.65	0.30	ระดับดี
ภาพรวม	2.28	0.37	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 1 เมื่อประเมินระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.28$, S.D.= 0.37) ส่วนในแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.92$, S.D.= 0.36) พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.17$, S.D.= 0.37) พฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{X}= 2.38$, S.D.= 0.48) และพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.65$, S.D.= 0.30)



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง				χ^2	p-value
	ระดับดี		ระดับปานกลาง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ปัจจัยนำ						
- ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน						
ระดับสูง	83	29.0	51	22.8	7.300	0.025*
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	53	23.6	37	24.6		
- ทักษะที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน						
ระดับสูง	81	36.2	39	17.4	7.300	0.026**
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	55	24.5	49	21.9		
2. ปัจจัยเอื้อ						
- ปัจจัยสิ่งแวดล้อม						
ระดับสูง	65	29.2	50	22.3	2.947	0.031**
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	59	26.3	37	16.5		
- การเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2						
ระดับสูง	82	36.7	133	59.3	2.947	0.086**
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	3	1.3	6	2.7		
3. ปัจจัยเสริม						
การได้รับการสนับสนุนจากสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2						
ระดับสูง	98	43.7	55	24.6	6.017	0.049**
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	38	17	33	14.7		

* ทดสอบความสำคัญทางสถิติด้วย chi-square

** ทดสอบความสำคัญทางสถิติด้วย Fisher exact

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ปัจจัยเอื้อด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=



0.025, 0.026, 0.031 และ 0.049 ตามลำดับ) โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัจจัยนำด้านความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยเอื้อด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนมากมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี

สรุปผลการวิจัย

พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.28, S.D. = 0.37) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ปัจจัยเอื้อด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.28, S.D. = 0.37) สอดคล้องกับการศึกษาของ นาคยา พิระวรรณกุล⁽¹²⁾ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.33, S.D. = 0.47) โดยรายด้านการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณิ สร้อยสงค์⁽¹³⁾ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 2.82, S.D. = 0.52) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแพร่ ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ปัจจัยเอื้อด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

2.1 ด้านความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชชุดา จันทะศิลป์ และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในจังหวัดนครราชสีมา อธิบายได้ว่า ผู้ป่วย



มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ร่วมกับการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ถูกต้องและเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะ พงษ์ภุมรา⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีผลทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2 ทักษะคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ สุวรรณลาภ และสาโรจน์ สาธุ⁽¹⁶⁾ พบว่า เจตคติ มีความสัมพันธ์ต่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ อธิบายได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพทางด้านเจตคติ และแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มมากขึ้นจะมีผลทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นตามไปด้วย

2.3 ปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงไกร จุ่นเจริญ และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ต่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} = 0.007$) อธิบายได้ว่า การมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อสามารถเดินทางจากบ้านไปสถานบริการได้ด้วยตัวเองและมีความสะดวกในการเดินทาง และมีเจ้าหน้าที่คอยให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้

2.4 ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือและการดูแลที่บุคคลได้รับจากผู้อื่นในสังคมในด้านต่างๆ เช่น ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร สิ่งของ เงิน และการดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่บุคคลมีภาวะเจ็บป่วยหรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เนื่องจากช่วยเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดเพิ่มกำลังใจ และทำให้รู้สึกถึงความรักและความห่วงใยจากผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁽⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระศักดิ์ คำรงพงษ์⁽¹⁸⁾ พบว่า ปัจจัยเสริมการสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญนาค กระแสเทพ⁽¹⁹⁾ พบว่า แรงสนับสนุนภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยสมาชิกในครอบครัวมีบทบาท



สำคัญในการสนับสนุนด้านทรัพยากร แสดงความห่วงใย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการแนะนำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วย เช่น ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่เหมาะสม จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สถานบริการสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานมาใช้ ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้มีความเข้าใจในโรคและสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

2. ควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เช่น การร่วมวางแผนและเตรียมอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายร่วมกัน การช่วยจัดการความเครียด และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การให้กำลังใจเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation Atlas. IDF Diabetes Atlas, 10th edition. Brussels: Belgium; 2021.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads>
3. คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>.
4. American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S in 2017. Diabetes Care 2018; 41(5): 917-928.
5. Ministry of public health. Diabetes mellitus 2009 [Internet]. 2024 [Cited 2024 January 15]. Available from: <http://www.moph.go.th>
6. สะอาด มุ่งสิน. เอกสารประกอบการเรียนการสอนแนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bcnsr.ac.th/>
7. Green IW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.



8. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences: Wiley; 1978.
9. ศุภรัฐ พูนกล้า และสุขสิน เอกา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. ราชวดีวารสาร 2562; 9(1): 30-45.
10. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. 1971.
11. Best, J.W. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
12. นาดยา พีระวรรณกุล. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์ 2565; 3(3): 38-55.
13. สุวรรณิ สร้อยสงค์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2563; 14(1): 35-47.
14. วิชชุดา จันทะศิลป์, พรรณี ปัญชรหัตถกิจ, ทศพร ชูศักดิ์ และรัฐพล ศิลปรัสมิ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในจังหวัดนครราชสีมา 2567; 18(2): 498-511.
15. ลักขณา พงษ์ภุมรา, ศุภรา หิমানันโต. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสาร มฉก.วิชาการ 2560; 20(40): 67-76.
16. อมรรัตน์ สุวรรณลาภ และสาโรจน์ สาธุ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลักธรรมานามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บางขันแตก อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี 2566; 4(1): 78-88.
17. เกริญไกร จุ่นเจริญ, วพัฒน์ชิตา เจริญรุ่งวงศ์, วิภา พันสนาชี, พรรณีภา ศรีปิ่น และวิชชุดา พลกันยา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการใน ศูนย์บริการสาธารณสุข กลุ่มกรุงเทพตะวันออก. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://webportal.bangkok.go.th/public/user_files_editor/422/R2R
18. วีระศักดิ์ คำรงพงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2565; 16(2): 51-63.
19. บุญนาค กระแสเทพ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์ 2565; 3(1): 111-125.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม

FACTORS AFFECTING TO PHYSICAL ACTIVITY AMONG TYPE 2 DIABETES NAKHON PATHOM PROVINCE

Received: March 14, 2025

Revised: April 02, 2025

Accepted: April 18, 2025

ณฐา เมธาบุษยาร^{1*}, ทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม¹,
 วิราสิริ วสิวีรสิว¹, ขวัญเรือน ชัยนันท์¹

Natha Methabutsayathon^{1*}, Tipsukhon Srilatham¹,
 Wirasiri Waseewerasi¹, Khuanraun Chainant¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิธีสำรวจแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการมีกิจกรรมทางกาย 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้และแรงจูงใจกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 401 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงบรรยาย ค่าไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า 1) กิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.12 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกาย อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีกิจกรรมทางกาย ($r = -0.15$) ความรอบรู้เรื่องกิจกรรมทางกายและแรงจูงใจในการป้องกันโรคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = 0.57$ และ 0.38 ตามลำดับ) และ 3) ความรอบรู้เรื่องกิจกรรมทางกายและแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถอธิบายความผันแปร ได้ร้อยละ 26 (Adjusted $R^2 = 0.26$)

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรอบรู้และสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีต่อเนื่อง

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, ความรอบรู้เรื่องกิจกรรมทางกาย, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2, แรงจูงใจในการป้องกันโรค

¹ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดปทุมธานี

Graduate School, Western University, Pathum Thani Province

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



Abstract

This research is a descriptive research on cross-sectional surveys. The objectives of this research study were to 1) the physical activity level among type 2 diabetes 2) the correlation between personal factors, health literacy and protection motivation with physical activity among type 2 diabetes and 3) the factor affecting physical activity among type 2 diabetes. The sample group consisted of 401 samples. Selected by simple random sampling. Data were collected by questionnaires and analyzed by descriptive statistics, Chi-square, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression.

The results showed that 1) the physical activity among type 2 diabetes was at the moderate level 52.12% 2) the personal factors include education level and occupation were correlated with physical activity, age was negative correlated with physical activity ($r = -0.15$), health literacy and protection motivation were positive correlated with physical activity among type 2 diabetes ($r = 0.57$ and 0.38) and 3) the health literacy and protection motivation factors can explain variations in physical activity among type 2 diabetes 26% (Adjusted $R^2 = 0.26$)

Additionally, the development approach is that relevant agencies can use the research results to plan to promote health literacy and protection motivation so that type 2 diabetes to have continuous physical activity then they are healthy.

Keywords: Health literacy about physical activity, Physical Activity, Protection motivation, Type 2 Diabetes



บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นปัญหาสาธารณสุขทุกภูมิภาคทั่วโลก องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า ปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มจำนวนถึง 783 ล้านคน ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นเบาหวานชนิด 2 สำหรับประเทศไทยโรคเบาหวานก็เป็นปัญหาสำคัญ พบว่า 1 ใน 10 ของประชากรไทย ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่นกัน และร้อยละ 40 ที่ไม่ทราบว่า ตัวเองป่วยด้วยโรคเบาหวาน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการส่งเสริมให้คนไทยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน⁽¹⁾ การป่วยเป็นโรคเบาหวานนอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพและวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ซึ่งเกิดจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดทั่วโลก ในคนไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้เป็นเบาหวานทั้งหมด ความผิดปกติดังกล่าวทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งประเภทเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือ ภาวะเลือดข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก และภาวะแทรกซ้อนประเภทเรื้อรัง เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่หรือหลอดเลือดฝอย ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และระบบประสาท⁽²⁾ การมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ว่า เป็นประโยชน์ในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงและป้องกันโรคต่างๆ ได้ การมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสมและถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการควบคุมอาหารและการใช้ยาที่เหมาะสม สามารถช่วยให้ผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่จะเกิดตามมาได้ด้วย โดยเฉพาะถ้าเริ่มมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักจะได้รับคำแนะนำให้มีการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายร่วมไปกับการรักษาด้วยยาและการควบคุมอาหาร⁽³⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะทางความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ⁽⁴⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวมกล่าว คือ ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาลจนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้⁽⁵⁾ แรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นการนำเอาการกระตุ้นความกลัวของมนุษย์ที่ส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองทั้งปัจจัย



ภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคลมาใช้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในความสามารถตน และความหวังในประสิทธิผลการปฏิบัติ⁽⁶⁾

จังหวัดนครปฐม จากรายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน พ.ศ.2562-2566 พบว่า อัตราป่วยอยู่ระหว่าง 1,372.28 ถึง 1,533.21 ต่อแสนประชากร⁽⁷⁾ ผู้ป่วยดังกล่าวสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 32.99 และควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ เพียงร้อยละ 46.46 เท่านั้น⁽⁸⁾ จากสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังกล่าวข้างต้น และจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สามารถควบคุมช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และสามารถป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่จะเกิดตามมาได้

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม เพื่อนำเสนอผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะเบาหวานของตนต่อไปอย่างมีความสุขได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

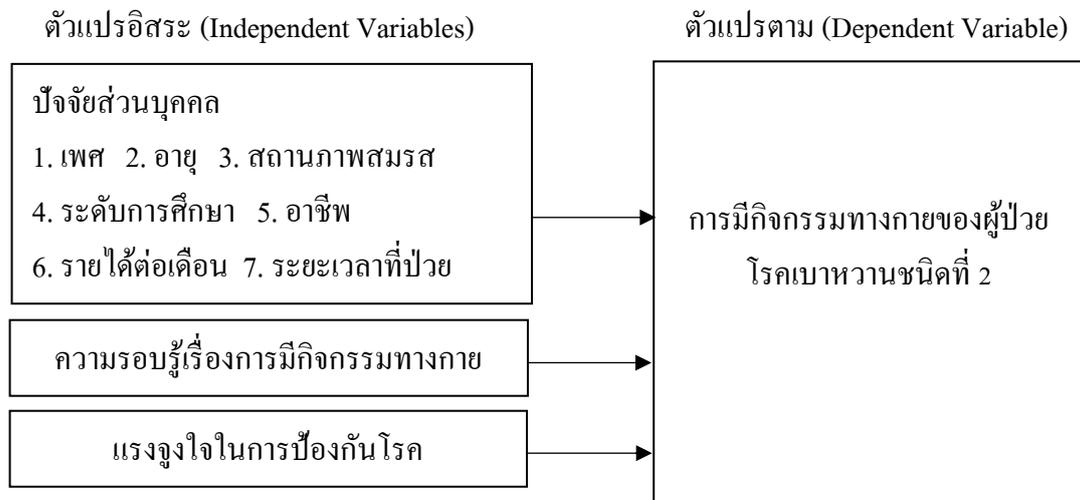
1. เพื่อศึกษาระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้และแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ความรอบรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. แรงจูงใจในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
4. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้เรื่องการมีกิจกรรมทางกาย และแรงจูงใจในการป้องกันโรคสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิธีสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional survey research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการทำแบบสอบถาม (Questionnaire) จากกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม อายุ 50 ปีขึ้นไป ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนนับถึงเดือนกันยายน 2567 จำนวน 40,142 คน⁽⁸⁾

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม และอาศัยอยู่จริง อายุ 50 ปีขึ้นไป ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนนับถึงเดือนกันยายน 2567 จำนวน 401 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan⁽⁹⁾ คำนวณได้จำนวน 380 คนเพื่อให้เพียงพอต่อการศึกษาก็เก็บเพิ่ม 21 คน รวมทั้งสิ้น 401 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่ป่วย

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกาย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 การมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 10 ข้อ



โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 มีคำตอบของข้อคำถามเป็นลักษณะปลายปิดมีคำตอบให้เลือกตอบ และเป็นคำถามเชิงบวกทุกข้อ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert's scale) เกณฑ์ในการให้คะแนนของแบบสอบถาม ดังนี้ มากที่สุด ได้ 5 คะแนน มาก ได้ 4 คะแนน ปานกลาง ได้ 3 คะแนน น้อย ได้ 2 คะแนน และน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายระดับของคะแนนส่วนที่ 2-4 ของแบบสอบถาม แบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ประยุกต์ใช้แบบอิงเกณฑ์ตาม Benjamin Bloom⁽¹⁰⁾ ดังนี้ ระดับมาก = มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง = มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.99 และระดับน้อย = มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถามปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) ผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม พบว่า ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์ครอน บราก-อัลฟา (Cronbach's Alpha) เพื่อทดสอบข้อคำถามให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสอดคล้องกัน หากค่าที่ได้จากการวิเคราะห์มีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป แสดงว่า แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นมีความน่าเชื่อถือ นำไปใช้ในกระบวนการวิจัยต่อไป⁽¹¹⁾ ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ (Chi-Square) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยยื่นโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และได้รับอนุมัติการรับรองจริยธรรมในการวิจัย เลขที่ WTU 2567-0126 เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2567

2. ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวิธีการ วัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดตัวแปรแบบสอบถาม วิธีการตอบแบบสอบถาม ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย



3. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด
4. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลจะถูกรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่ป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม รายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม (n = 401)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	132	32.92
หญิง	269	67.08
อายุ (ปี)		
50-59	138	34.41
60-69	152	37.91
70-79	111	27.68
\bar{X} = 63.61 ปี S.D. = 7.95 ปี Min. = 50 ปี Max. = 79 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	110	27.43
สมรส	222	55.36
หม้าย/หย่า/แยก	69	17.21
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาและไม่ได้เรียน	293	73.07
มัธยมศึกษาขึ้นไป	108	26.93
อาชีพหลัก		
เกษตรกรกรรม	137	34.16
รับจ้างทั่วไป	109	27.18
ค้าขายหรือธุรกิจ	103	25.69
พนักงานประจำ	52	12.97



ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	200	49.88
5,000-10,000	153	38.15
มากกว่า 10000	48	11.97
$\bar{X} = 13,247.53$ บาท S.D.= 8,172.53 บาท Min.= 600 บาท Max.= 51,150 บาท		
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)		
น้อยกว่า 10 ปี	245	61.10
10-19 ปี	133	33.17
20 ปี ขึ้นไป	23	5.73
$\bar{X} = 8.11$ ปี S.D. = 5.55 ปี Min. = 1 ปี Max. = 30 ปี		

จากตาราง ที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.08 อายุเฉลี่ย 63.61 ปี อายุ น้อยที่สุด 50 ปี อายุมากที่สุด 79 ปี ช่วงอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.91 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.36 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษาและไม่ได้เรียน ร้อยละ 73.07 อาชีพหลักเกษตรกรกรรม ร้อยละ 34.16 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,247.53 บาท รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 51,150 บาท มีรายได้ เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 49.88 ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 8.11 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 30 ปี น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 61.10

2. ระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 401)

ระดับการมีกิจกรรมทางกาย	จำนวน	ร้อยละ
มาก	45	11.22
ปานกลาง	209	52.12
น้อย	147	36.66
รวม	401	100.00

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 52.12 ระดับน้อย ร้อยละ 36.66 ระดับมาก ร้อยละ 11.22 คะแนนเฉลี่ย 63.20 ต่ำสุด 30 คะแนน สูงสุด 100 คะแนน



3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาที่ป่วย ความรอบรู้เรื่องการมีกิจกรรมทางกายและแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 401)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการมีกิจกรรมทางกาย			χ^2	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
เพศ				4.38	0.112
ชาย	21(5.24)	66(16.46)	45(11.22)		
หญิง	24(5.99)	143(35.66)	102(25.44)		
สถานภาพสมรส				3.98	0.408
โสด	10(2.48)	52(12.96)	48(11.96)		
สมรส	28(7.00)	117(29.20)	77(19.20)		
หม้าย/หย่า/แยก	7(1.70)	40(10.00)	22(5.50)		
ระดับการศึกษา				13.43	0.001*
ประถมศึกษาและไม่ได้เรียน	29(7.23)	141(35.16)	123(30.67)		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	16(3.99)	68(16.96)	24(5.99)		
อาชีพ				34.94	0.001*
เกษตรกรรม	22(5.49)	83(20.70)	32(7.98)		
รับจ้างทั่วไป	6(1.50)	44(10.97)	59(14.71)		
ค้าขายหรือธุรกิจ	6(1.50)	59(14.71)	38(9.48)		
พนักงานประจำ	11(2.74)	23(5.74)	18(4.49)		

* ค่า p-value < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (p-value < 0.01) ส่วน เพศและสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่ป่วย ความรอบรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย และแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาที่ป่วย ความรอบรู้และแรงจูงใจกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 401)

ตัวแปร	การมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	-0.151	0.002*
รายได้ต่อเดือน	0.008	0.871
ระยะเวลาที่ป่วย	-0.034	0.492
ความรอบรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย	0.570	0.001*
แรงจูงใจในการป้องกันโรค	0.380	0.001*

* ค่า p-value < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ($r = -0.151$, $p\text{-value} < 0.05$) ความรอบรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายและแรงจูงใจในการป้องกันโรคมี่ความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = 0.570$ และ $r = 0.380$ ตามลำดับ $p\text{-value} < 0.05$)

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกายกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 5 แสดงผลการทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 401)

ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	Sig
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std. Error	Beta		
ค่าคงที่	0.217	0.189		1.152	0.250
ความรอบรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย	0.022	0.002	0.457	9.317	0.001**
แรงจูงใจในการป้องกันโรค	0.005	0.002	0.099	2.024	0.044*

$R = 0.512^a$, $R\text{ Square} = 0.26$, $\text{Adjusted } R\text{ Square} = 0.26$, $\text{Sta. Error of the Estimate} = 0.555$

** ค่า p-value < 0.01 * ค่า p-value < 0.05



จากตารางที่ 5 พบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายและแรงจูงใจในการป้องกันโรคมือถือสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 26 (Adjusted R² = 0.26)

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 63.61 ปี มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษาและไม่ได้เรียน อาชีพหลักเกษตรกรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,247.53 บาท ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 8.11 ปี ระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ความรอบรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายและแรงจูงใจในการป้องกันโรคมือถือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ความรอบรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายและแรงจูงใจในการป้องกันโรคมือถือสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 26

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 แสดงว่า อายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้การมีกิจกรรมทางกายน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรนุช ชละเฒ (12) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบางกระสอบ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ จุฬาลักษณ์ จันทรหอม (13) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อกิจกรรมทางกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง พบว่า อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ali Fattahi (14) ศึกษาเรื่อง การออกกำลังกายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเมืองฮามาดันทางตะวันตกของอิหร่าน พบว่า อายุ การศึกษา อาชีพและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกาย ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



สรุป คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพและอายุมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น จึงขอรับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 บางส่วน

สมมติฐานข้อที่ 2 ความรอบรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ ซินดา เตชะวิจิตรจรัส⁽¹⁵⁾ ได้สรุปแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ: ญูญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณี จิวสืบพงษ์ และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

สรุป คือ ความรอบรู้เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น จึงขอรับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 3 แรงจูงใจในการป้องกันโรคมมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจในการป้องกันโรคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Alireza Didarloo⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้หญิงอิหร่านที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิชาภา เหมือนภาค⁽¹⁸⁾ ศึกษาเรื่อง แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

สรุป คือ แรงจูงใจในการป้องกันโรคมมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น จึงขอรับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 3

สมมติฐานข้อที่ 4 ความรอบรู้เรื่องการมีกิจกรรมทางกาย และแรงจูงใจในการป้องกันโรคมมีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้เรื่องการมีกิจกรรมทางกายและแรงจูงใจในการป้องกันโรคมมีอิทธิพลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปร



การมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 26 สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวินี แพงสุข และคณะ⁽¹⁹⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชน ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า การรับรู้นโยบาย ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชน สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 21

สรุป คือ ความรอบรู้เรื่องการมีกิจกรรมทางกาย และแรงจูงใจในการป้องกันโรคมียุทธผลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น จึงขอรับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 4

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยที่พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ อายุ ความรอบรู้ เรื่องการมีกิจกรรมทางกาย และแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยความรอบรู้เรื่องการมีกิจกรรมทางกายและแรงจูงใจในการป้องกันโรคมียุทธผลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไปใช้ในวางแผน นโยบาย จัดโครงการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความรอบรู้เรื่องการมีกิจกรรมทางกายและสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต] 2567 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/>
2. อัจฉรา สุวรรณากินทร์. คู่มือการพยาบาล การดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลในผู้ป่วยเบาหวาน. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
3. กรมอนามัย. ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2541). นวัตกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ. ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
5. World Health Organization. Classification of Diabetes Mellitus 2019. World Health Organization; 2019.
6. Conner M. & Norman P. PREDICTING HEALTH BEHAVIOUR: RESEARCH AND PRACTICE WITH SOCIAL COGNITION MODELS. (2nd ed). UK: Bell & Bain Ltd.; 2005.



7. สำนักงานสถิติจังหวัดนครปฐม. รายงานสถิติจังหวัดนครปฐม พ.ศ.2567. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
8. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต] 2567 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://hdcservice.moph.go.th>
9. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; 30(3): 607-610.
10. Bloom, A. The education of democratic man: Emile. *Daedalus Journal* 1979; 25(1): 135-153.
11. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ และพิสมัย เสรีขจรกิจเจริญ. ระเบียบวิธีวิจัยทางการสาธารณสุข: กรณีศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักส์ จำกัด; 2560.
12. ชีรนุช ชละเอม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบางกระสอบ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 2560; 10(2): 20-32.
13. จุฬาลักษณ์ จันทรหอม. ปัจจัยที่มีผลต่อกิจกรรมทางกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2563; 28(3): 546-560.
14. Ali Fattahi et. al. Physical Activity and Its Related Factors Among Type 2 Diabetic Patients in Hamadan west of Iran. *IRANIAN JOURNAL OF DIABETES AND OBESITY* 2014; 6(2): 85-92.
15. ชินดา เตชะวิจิตรจารุ. ความรอบรู้ทางสุขภาพ: คุณแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2561; 19(ฉบับพิเศษ): 1-11.
16. วรณี จิวสีบพงษ์ และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2565; 15(3): 30-43.
17. Alireza Didarloo.et. al. Factors Influencing Physical Activity Behavior among Iranian Women with Type 2 Diabetes Using the Extended Theory of Reasoned Action. *DIABETES & METABOLISM JOURNAL* 2011; 35(1): 513-522.
18. นิชาภา เหมือนภาค และคณะ. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์* 2564; 2(4): 110-123.
19. ภาวินี แพงสุข และคณะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2563; 40(1): 71-83.



การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ
 หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา

DEVELOPMENT OF NURSING MODEL FOR PATIENT EXTUBATION
 INTERMEDIAL CARE UNIT SONGKHLA HOSPITAL

ผกากรอง พันธุ์ไพโรจน์^{1*}, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา²,

นงนุช เคี่ยมการ¹, วชิราภรณ์ หงษ์เจริญกุล¹

Pakakrong Phunpriroth^{1*}, Sakkarin Suwanwaha²,

Nongnuch Kiamkan¹, Wachiraporn Hongcharoenkul¹

Received: December 04, 2024

Revised: February 09, 2025

Accepted: March 05, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ พัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก 65 คน และพยาบาลวิชาชีพ 19 คน เครื่องมือ ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ แบบสัมภาษณ์สภาพปัญหาอุปสรรคในการการพยาบาล แบบสังเกตการพยาบาล แบบประเมินความยาก-ง่าย ของการนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพยาบาลแบบเดิม ไม่มีแนวทางที่ชัดเจน หลังพัฒนาได้รูปแบบการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนถอดท่อ ระหว่างถอดท่อ และหลังถอดท่อช่วยหายใจ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยความสำเร็จการถอดท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 96.92 ด้านพยาบาล ปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล ร้อยละ 100 ความยาก-ง่าย โดยรวมอยู่ในระดับง่ายมาก (\bar{X} =3.75, S.D.=0.24) การนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งหมด (\bar{X} =3.68, S.D.=0.31) และความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} =4.82, S.D.=0.35)

ข้อเสนอแนะ: รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจได้ โดยอาจปรับเปลี่ยนตามบริบท

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล, ผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ

¹ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา

Intermedial care unit Songkhla Hospital

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Songkhla

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



Abstract

This research and development was to develop and evaluate the use of a nursing model for extubated patients in the intermediate care unit of Songkhla Hospital. The sample group consisted of 65 intubated patients and 19 professional nurses. The research tools included a nursing care model for extubated patients, interviewing form of situation and obstacles of nursing care, observation form of nursing care, ease and difficulty assessment form of usability and possibility and satisfaction questionnaire. Data were analysed using percentage, mean and standard deviation.

Research results revealed that the traditional nursing care model was equivocal. However, after development, the developed nursing care model yielded 3 phases including the pre-extubation phase, peri-extubation phase and post-extubation phase. For patient outcome, it was found that the success rate of extubation was 96.92 %. For nursing outcomes, adherence to the developed nursing model was 100%. Difficulty and ease level was overall at an easy level (\bar{x} = 3.75, S.D. = 0.24). Utilization of the nursing model and overall satisfaction were at the highest level (\bar{x} = 3.75, S.D. = 0.24 and \bar{x} = 4.82, S.D. = 0.35 respectively)

Recommendation: The nursing model for extubated patients can be applied in units with patients on ventilators, and may be adjusted according to the context.

Keywords: Nursing model, Extubated patients



บทนำ

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ที่มีการล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญของร่างกายระบบใดระบบหนึ่ง หรือหลายอวัยวะพร้อมกัน โดยเฉพาะภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างเร่งด่วน⁽¹⁾ โดยต้องปฏิบัติพร้อมกับการรักษาสาเหตุของโรคอย่างเหมาะสมและทันเวลา อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องช่วยหายใจถึงแม้จะมีผลดีในการช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันก็อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การถอดท่อช่วยหายใจออก ถือเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วย จากการทบทวนงานวิจัย มีการศึกษาระยะเวลาของอุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจล้มเหลว พบได้ร้อยละ 2-25 ของการถอดท่อช่วยหายใจทั้งหมด⁽²⁾ ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานที่และลักษณะของผู้ป่วย โดยเฉพาะช่วงระยะ 1-3 วัน หลังถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยมีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และพบมากภายใน 24-48 ชั่วโมง ร้อยละ 22.6^(3,4) หากมีแนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยภายหลังถอดท่อช่วยหายใจภายใน 4 ชั่วโมงแรก จะทำให้ผลสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾

สถิติหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา ในปี พ.ศ.2564-2566 มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเข้ารับการรักษา 810, 914 และ 987 ราย เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ 55, 62 และ 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.79, 6.78 และ 6.58 ตามลำดับ⁽⁶⁾ การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อปัญหาที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการแก้ไขก็จะต้องเข้าสู่กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ อย่างไรก็ตามขั้นตอนการถอดท่อช่วยหายใจ เป็นขั้นตอนที่แยกออกมาจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ไม่ได้รับประกันความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจ⁽⁷⁾ การถอดท่อช่วยหายใจ มีการใช้เกณฑ์หลายๆ ข้อร่วมกัน ได้แก่ ไอแรงดี การวัด cuff leak test ให้ผลบวก Tidal volume > 5 ml/KgBW ความอึดตัวของออกซิเจน > 95 % ระบบการไหลเวียนคงที่ (Hemodynamic stability : Dopamin < 5 mg/Kg/min) ไม่มีเสียง Stridor เสมหะมีปริมาณน้อย แรงดันลบในขณะหายใจเข้า < -2 cmH₂O, FVC > 10 ml/kg ผลเอกซเรย์ปอดดีขึ้น และระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น⁽⁷⁻⁹⁾ นอกจากนี้ พบว่า อายุ ภาวะหลอดลมบวม และแรงไอ เป็นปัจจัยที่ช่วยให้การถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ⁽⁷⁾ แต่อย่างไรก็ตามไม่พบข้อมูลที่ระบุเกณฑ์เฉพาะเจาะจงของความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจ⁽⁸⁾ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม มีการนำแนวทางปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (weaning protocol) มาใช้ตั้งแต่ปี 2563 เมื่อผ่านเกณฑ์ประเมินจะมีการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ แต่พบว่า มีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ และแพทย์พิจารณาให้ถอดท่อช่วยหายใจแล้ว ขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วย หรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยสามัญของโรงพยาบาลยังต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Li W, An X, Fu M, Li C⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในการเตรียมความพร้อมไว้ล่วงหน้า ยังพบอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้ ร้อยละ 7 ภายใน 48 ชั่วโมงหลังถอดท่อช่วย จากการศึกษาวิเคราะห์



ปัญหา พบว่า สาเหตุของกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำอันดับแรก คือ upper airway obstruction มีเสมหะปริมาณมาก ไอไม่มีแรง ทำให้เกิดทางเดินหายใจอุดตัน และจากการติดตามนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ยังมีการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลาย เช่น วิธีการประเมินปริมาณเสมหะและแรงการไอ ไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ส่วนการพยาบาลขณะถอดท่อช่วยหายใจ เช่น การถอดท่อหายใจและการดูแลหลังถอดท่อช่วยหายใจ มีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลาขึ้น โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and developmental design) ตามกรอบแนวคิดของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย⁽¹⁾ นำมาเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้เกิดรูปแบบบริการพยาบาลที่ดี และมีคุณภาพนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้นต่อไป

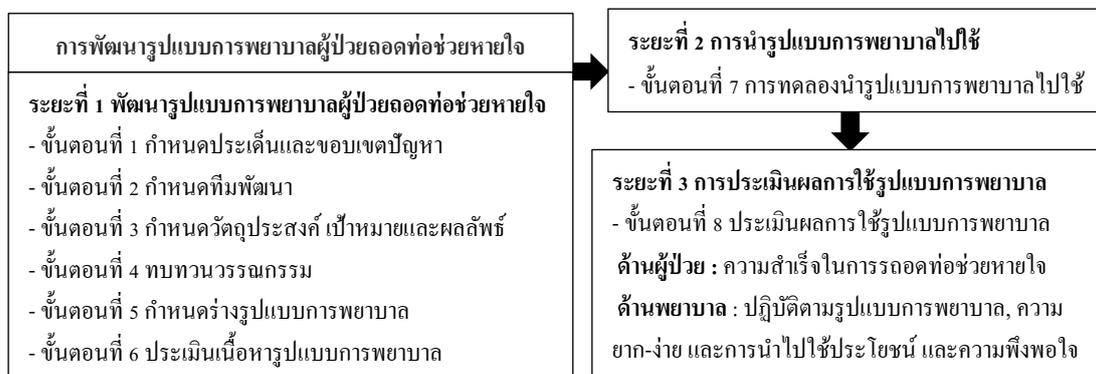
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยใช้กรอบแนวคิดของสภาการวิจัยการ แพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council; NHMRC)⁽¹⁾ ประกอบด้วย 3 ระยะ 8 ขั้นตอน ดังแสดงในภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย





ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-ตุลาคม 2567 ประกอบด้วย 3 ระยะ 8 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยลดท้อช่วยหายใจ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดประเด็นและขอบเขตปัญหา โดยวิเคราะห์สภาพการณ์และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยลดท้อช่วยหายใจจากข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างตุลาคม 2565-30 กันยายน 2566 และจัดสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 19 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และ 2) พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการนำสนทนากลุ่ม และมีผู้จัดบันทึกการสนทนาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในทีมวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมงานและผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานมากกว่า 5 ปี และผ่านการอบรมการพยาบาลวิกฤต 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญด้านดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน รวมผู้วิจัยเป็น 4 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์เป้าหมายและผลลัพธ์ ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพการณ์และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยลดท้อช่วยหายใจ 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยลดท้อช่วยหายใจ และ 3) ศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยลดท้อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา

ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยได้ค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลต่างๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ.ศ.2556-2566ๆ เช่น PubMed CINASHL THAIJO เป็นต้น คัดเลือกงานวิจัยที่น่าเชื่อถือและประชุมทีมทำงานในการสังเคราะห์ความรู้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการร่างรูปแบบการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 5 กำหนดร่างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยลดท้อช่วยหายใจ รวบรวมข้อเสนอแนะที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีม และหลักฐานเชิงประจักษ์ หาข้อสรุปในการจัดทำรูปแบบการพยาบาล และคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยลดท้อช่วยหายใจฉบับร่าง

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินตรวจสอบความตรงของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยลดท้อช่วยหายใจ โดยได้นำรูปแบบการพยาบาลไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ระยะที่ 2 การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยลดท้อช่วยหายใจไปใช้

ขั้นตอนที่ 7 การทดลองนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยลดท้อช่วยหายใจไปใช้ ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ได้นัดประชุมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงความเป็นมาวัตถุประสงค์ ให้ความรู้ วิธีใช้แบบประเมินต่าง ๆ และเปิดโอกาสให้มีการซักถามประเด็นปัญหา หรือข้อสงสัย หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยจำนวน 15 ราย เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลรวมทั้งปัญหา



อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้เหมาะสมกับบริบทต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ

ขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจที่พัฒนานำรูปแบบการพยาบาลที่ได้ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด ได้จำนวน 65 ราย หลังการถอดท่อช่วยหายใจ ผู้วิจัยจะติดตามอาการผู้ป่วยจนครบ 48 ชั่วโมง หลังจากนั้น รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล จึงให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล ก่อนจะนำไปสู่ข้อสรุป และการจัดทำคู่มือการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ เพื่อเผยแพร่และสนับสนุนให้มีการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา เกณฑ์การคัดเลือก มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก เมื่อเปลี่ยนภาระงาน ย้ายไปหน่วยงานอื่นหรือลาออกระหว่างการวิจัย จากพยาบาลทั้งหมด 22 คน ไม่รวมทีมวิจัยมีผู้เข้าร่วมวิจัย 19 คน (ทำงานไม่ครบ 1 ปี 2 คน) และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากผ่านการทดสอบหายใจเองนานเกิน 2 ชั่วโมง ไม่มีข้อบ่งชี้ให้หยุดการหายใจเอง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา ระหว่าง 1 มิถุนายน-31 กรกฎาคม 2567 จาก 130 คน เข้าเกณฑ์ 65 คน และเกณฑ์การคัดออกเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนการรักษาจากการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากเป็นการเจาะคอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ และคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) แบบสัมภาษณ์สภาพและปัญหาอุปสรรคการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ 3) แบบสังเกตการพยาบาล บันทึกเป็นปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ ถ้าปฏิบัติได้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน 4) แบบประเมินความยาก-ง่าย และความเป็นไปได้ มีค่า 1 ถึง 4 คะแนน และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจ ค่า 1 ถึง 4 คะแนน



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลและคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยถอดต่อช่วยหายใจจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง 0.89 ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสังเกตการพยาบาล หากความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 แบบประเมินความยาก-ง่าย และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล หากความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์สภาพและปัญหาอุปสรรค ในการพยาบาลผู้ป่วยถอดต่อช่วยหายใจ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จากการสังเกตการพยาบาล แบบประเมินความยาก-ง่าย ของการนำไปใช้ประโยชน์และความเป็นไปได้ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดต่อช่วยหายใจ ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสงขลา COA เลขที่ 2024-Nrt-In3-1062 หมดยุวันที่ 29 เมษายน 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับคำชี้แจงก่อนเข้าร่วมวิจัย ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และได้รับการปฏิบัติตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยถอดต่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา พบว่า
 - 1.1 จากการทบทวนเวชระเบียนและฐานข้อมูล Hos-XP ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 899 ราย มีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังถอดท่อช่วยหายใจ จำนวน 44 ราย (4.89 %) ใส่ซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง จำนวน 31 ราย (70.45 %) และหลัง 48 ชั่วโมง จำนวน 13 ราย (29.55 %)
 - 1.2 ผลการสนทนากลุ่ม พบปัญหาอุปสรรคการพยาบาลผู้ป่วยถอดต่อช่วยหายใจ ได้แก่ ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การประเมินของพยาบาลแต่ละคนขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ทำให้มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล ขั้นตอนการถอดต่อ ไม่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยไว้ก่อน ทำให้บางครั้งต้องเลื่อน ไปอีกวัน ใช้องค์ความรู้เดิมในการปฏิบัติงาน เช่น การสอนฝึกหายใจ



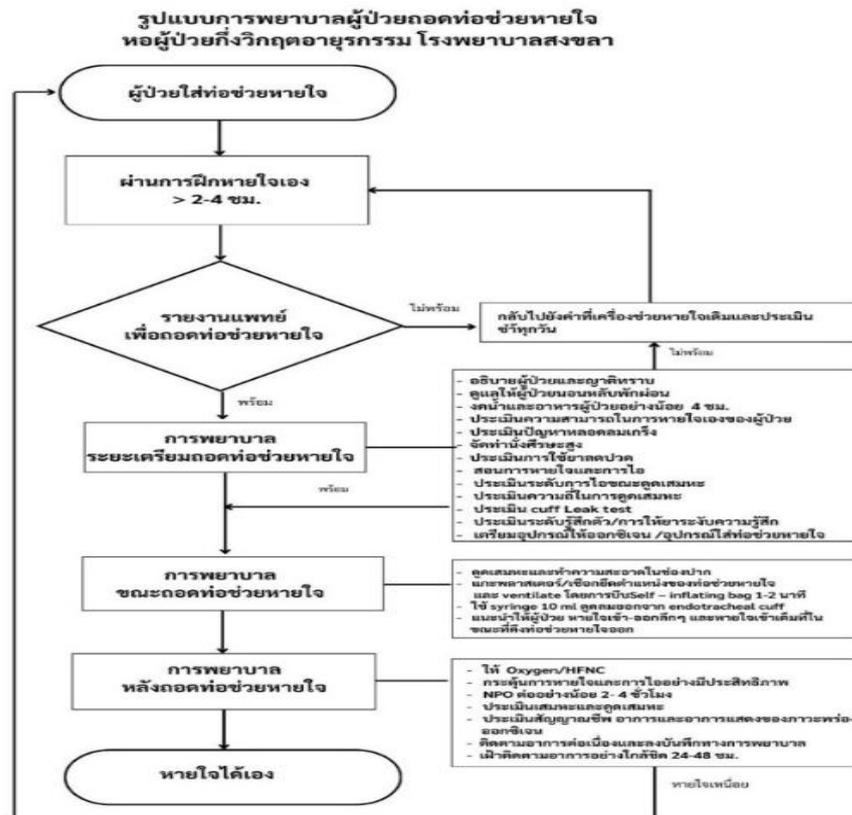
นอกจากนี้ ขาดการบันทึกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ขาดข้อมูลที่จะสื่อสารภายในทีม ที่จะเชื่อมโยงการพยาบาลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ผู้ป่วยควรมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การพยาบาลมีขั้นตอนที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การถอดท่อช่วยหายใจ และคาดการณ์ว่าจะถอดท่อช่วยหายใจได้ เช่น การเลื่อนมื้ออาหารในเวรตึกจาก 06.00 น.เป็น 05.00 น. การวัด RSBI ซึ่งจะช่วยทำนายโอกาสสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของแพทย์ มีการดูแลเสมหะที่มีประสิทธิภาพ การทำความสะอาดช่องปาก เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ หลังถอดท่อช่วยหายใจ มีการติดตามประเมินอาการสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด และควรดูแลต่อเนื่อง 2-4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา

รูปแบบการพยาบาลเดิมก่อนการพัฒนา มีการประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย ไอแรงเสมหะลดลง รู้สึกตัวดีและ cuff Leak volume > 110 (pass) หรือ RSBI < 105

รูปแบบการพยาบาลหลังการพัฒนา

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจที่พัฒนา หลังนำไปทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลก่อนถอดท่อช่วยหายใจ การพยาบาลขณะถอดท่อช่วยหายใจและการพยาบาลหลังถอดท่อช่วยหายใจ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ



วัตถุประสงค์ที่ 3 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท้อช่วยหายใจ

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

1.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 65 ราย เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน ร้อยละ 66.15 มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป จำนวน 18 คน ร้อยละ 27.69 อายุเฉลี่ย 68.79 ปี สถานภาพสมรส จำนวน 40 คน ร้อยละ 61.54 การวินิจฉัยโรคหลักเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 31 คน ร้อยละ 47.79 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 19 คน ร้อยละ 29.23 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูล จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 65)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	43	66.15
ชาย	22	33.85
อายุ (ปี)		
21 – 59	12	18.46
60 - 79	35	53.85
มากกว่า 80 ปีขึ้นไป	18	27.69
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 68.79 \pm 14.70		
สถานภาพ		
โสด	18	27.69
สมรส	40	61.54
หม้าย	7	10.77
วินิจฉัยโรคโรคหลัก(Principal Diagnosis)		
ระบบทางเดินหายใจ	31	47.79
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	14	21.54
ระบบประสาทสมองและไขสันหลัง	11	16.92
ระบบต่อมไร้ท่อ	3	4.62
ระบบทางเดินอาหาร	1	1.54
การติดเชื้อในกระแสเลือด	2	3.08
ระบบไต/ทางเดินปัสสาวะ	3	4.62



ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
โรคร่วม (Pre admission comorbidity) ที่เป็น		
ความดันโลหิตสูง	19	29.23
หัวใจ	18	27.69
เบาหวาน	15	23.08
ไต	12	18.46
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	1.54

1.2 ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ สำเร็จ 63 คน ร้อยละ 96.92 และผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ภายใน 48 ชั่วโมง 2 คน ร้อยละ 3.08

2. ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

2.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ 19 ราย เพศหญิง 19 คน ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี 13 คน ร้อยละ 68.44 ทั้งหมดจบระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี 19 คน ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ทำงาน 2-5 ปี 8 คน ร้อยละ 42.11 และอบรมการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 17 คน ร้อยละ 89.48

2.2 ผลการปฏิบัติการพยาบาล มีการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ ครบทุกข้อ และผ่านเกณฑ์การปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ ทั้ง 3 ระยะ ตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไปจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 100

2.3 ระดับความยาก-ง่าย และการนำไปใช้ประโยชน์ โดยรวมอยู่ในระดับง่ายมาก ($\bar{x} = 3.75$, S.D.= 0.24) และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งหมด ($\bar{x} = 3.68$, S.D.= 0.31) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงระดับความยาก-ง่าย และการนำไปใช้ประโยชน์ ตามระยะการพยาบาล (n = 19)

ข้อ	รายการประเมิน	ความยาก-ง่าย			การนำไปใช้ประโยชน์		
		\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1	รูปแบบการพยาบาลโดยรวม	3.75	0.24	ง่ายมาก	3.68	0.31	นำไปใช้ได้ทั้งหมด
2	รูปแบบการพยาบาลก่อนถอดท่อช่วยหายใจ	3.66	0.25	ง่ายมาก	3.62	0.35	นำไปใช้ได้ทั้งหมด
3	รูปแบบการพยาบาลระหว่างถอดท่อช่วยหายใจ	3.92	0.15	ง่ายมาก	3.87	0.16	นำไปใช้ได้ทั้งหมด
4	รูปแบบการพยาบาลหลังถอดท่อช่วยหายใจ	3.79	0.32	ง่ายมาก	3.67	0.36	นำไปใช้ได้ทั้งหมด



2.4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ ผลการประเมิน พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.82$, S.D.=0.35) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ (n = 19)

รายการ	ความพึงพอใจ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. รูปแบบการพยาบาลมีเนื้อหาที่ชัดเจน เข้าใจง่ายและสะดวก	4.80	0.43	มากที่สุด
2. รูปแบบการพยาบาลสามารถนำไปใช้งานได้จริง	4.91	0.31	มากที่สุด
3. เนื้อหาของรูปแบบและกิจกรรมการพยาบาลมีความครอบคลุมทุกด้าน	4.73	0.47	มากที่สุด
4. รูปแบบการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้ดี	4.82	0.30	มากที่สุด
5. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการนำไปใช้	4.82	0.35	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพการณ์และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต อายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา พบว่า รูปแบบการพยาบาลใช้ต่อเนื่องจาก Protocol weaning ไม่มีขั้นตอนที่ชัดเจน การประเมินของพยาบาลแต่ละเวรขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ทำให้มีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการประเมิน รวมทั้งต้องมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน สิ่งเหล่านี้เป็นการเพิ่มการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น⁽⁸⁾

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ มี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ระยะถอดท่อช่วยหายใจและหลังถอดท่อช่วยหายใจ พัฒนามาจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย การทบทวนวรรณกรรม และมีพัฒนาเป็นลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาตามกรอบแนวคิดของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย⁽¹¹⁾ นำมาเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงความรู้ และให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีการใช้เกณฑ์หลายข้อร่วมกัน⁽⁷⁾ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนที่แตกต่างกันคือ มีสอนการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ การทำความสะอาดในช่องปาก เพื่อส่งเสริมความสบายในช่องปาก ลดอาการระคายเคืองและการไอ ซึ่งอาจจะกระตุ้นให้หอบเหนื่อย และให้ O₂ โดยการบีบ Self-inflating bag with reservoir bag ต่อ Oxygen ประมาณ 1-2 นาที ก่อนดึงท่อออก และการพยาบาลหลังถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะได้รับ Oxygen/HFNC มีการเฝ้าดูผู้ป่วยใกล้ชิดเพียง 10-15 นาที เพื่อสร้างความมั่นใจ



ให้ผู้ป่วย จนได้รูปแบบการพยาบาลที่ชัดเจนสามารถปฏิบัติได้นำไปใช้ได้สะดวกขึ้น ทำให้ครอบคลุมความจำเป็นและเพียงพอในการเตรียมผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ และช่วยส่งเสริมการตัดสินใจของแพทย์ในการถอดท่อช่วยหายใจ

3. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา

3.1 ด้านผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 65 ราย ถอดท่อสำเร็จ 63 ราย (96.92%) และใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง 2 ราย (3.07%) แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการพยาบาลที่ใช้มีอัตราความสำเร็จสูง เนื่องจากมีการเตรียมและประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วยหายใจที่สามารถปฏิบัติได้และครอบคลุมความจำเป็น^(7,8) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะได้รับ HFNC หลังถอดท่อช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาการนำ HFNC มาใช้หลังถอดท่อช่วยหายใจทันที ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ พบว่า HFNC ลดการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 72 ชั่วโมงได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยออกซิเจนตามปกติ⁽¹³⁾ และมีการเฝ้าประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการมีแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยภายหลังถอดท่อช่วยหายใจใน 4 ชั่วโมงแรก จะทำให้ผลสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้น^(5,14) และการวิจัยครั้งนี้มีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง เพียงร้อยละ 3.07 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจ มีโอกาสใส่ท่อซ้ำภายใน 24-48 ชั่วโมง ร้อยละ 22.6⁽⁴⁾ แสดงถึงผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาล มีอัตราความสำเร็จที่สูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ถอดท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จและต้องใส่ซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง มี 2 ราย (3.07 %) เป็นผู้สูงอายุ มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัว และมีเสมหะมาก ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ⁽⁷⁾

3.2 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 19 คน ผลการวิจัยมีดังนี้

3.2.1 ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจครบทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 100 เนื่องจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้ผู้เข้าร่วมในการวิจัย ตามระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา ตั้งแต่เข้าร่วมสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การร่างรูปแบบการพยาบาล และการนำไปใช้ จนเกิดผลลัพธ์ ตามที่ตั้งเป้าหมาย ทำให้เกิดความมั่นใจและร่วมมือในการปฏิบัติ⁽⁸⁾

3.2.2 ความยาก-ง่าย ภายหลังจากนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับง่ายมาก ($\bar{x} = 3.75$, S.D.= 0.24) และการนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งหมด เนื่องจากการพยาบาลแบบเดิม ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ดังนั้นในการปฏิบัติจะมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละคน หลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย มีการประเมินและเฝ้าระวังอาการก่อนถอดท่อช่วยหายใจ และมีเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน เช่น การประเมินแรงไอ ปริมาณเสมหะ คะแนนระดับความรู้สึกตัว โดยรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นบูรณาการประสบการณ์การทำงานพยาบาล



ความรู้เชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมชัดเจนไม่ยุ่งยาก สามารถปฏิบัติได้สะดวก⁽⁹⁾ ครอบคลุมทุกระยะของการถอดต่อช่วยหายใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการถอดต่อช่วยหายใจ และลดการใส่ต่อช่วยหายใจซ้ำ

3.2.3 ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาล พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากรูปแบบการพยาบาล สามารถนำไปใช้ได้จริง เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพรับรู้ได้ว่าตนเองมีส่วนร่วมในการพัฒนา ระหว่างการนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้ มีการติดตามให้คำปรึกษาเป็นระยะๆ แก้ไขปัญหาพร้อมกันทำให้เกิดความมั่นใจขณะให้การพยาบาล และรูปแบบการพยาบาลมีความชัดเจนแต่ละขั้นตอนสามารถปฏิบัติได้ จึงทำให้สะดวกต่อการนำไปใช้ ส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ นิสา บุตรขุนทอง และคณะ⁽⁹⁾ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการใส่ต่อช่วยหายใจซ้ำในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบรุนแรง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนา พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการนำไปใช้ระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้บริหารขององค์กรพยาบาล ควรส่งเสริมและสนับสนุน ให้มีการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดต่อช่วยหายใจทั้งในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษและหอผู้ป่วยอื่นๆ
2. ด้านการบริหารการพยาบาล หัวหน้างาน/หัวหน้าหอ ควรมีการติดตามนิเทศ การนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง
3. ควรฝึกอบรมพยาบาลใหม่ ให้สามารถใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยถอดต่อช่วยหายใจได้ และมีการทบทวนการนำไปใช้ทุกปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทุกท่าน ขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. Basic principles of critical care. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, เพชร วัชรสินธุ์, ภัทธิน ภิรมย์พานิช, ชาวุฒิ สววิบูลย์, ฌบพลิกา กองพลพรหม. (บรรณาธิการ), ICU survival guidebook (พิมพ์ครั้งที่ 2, น. 2-8). นครปสินทวิกิจ พรีนติ้ง; 2563.



2. Kiekkas P, Aretha D, Panteli E, Baltopoulos G & Filos KS. Unplanned extubation in critically ill adults: clinical review. *Nurs Crit Care* 2012; 18(3): 123-34.
3. Jonathan Elmer, Sean Lee, Jon C Rittenberger, James Dargin, Daniel Winger & Lillian Emlet. *Critical Care*; 2015. doi: 10.1186/s13054-014-0730-7.
4. Tanaka A, Kabata D, Hirao O, Kosaka J, Furushima N, Maki Y, et al. Prediction model of extubation outcomes in critically ill patients: a multicenter prospective cohort study. [internet]. *J Clin Med*; 2022. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm11092520>.
5. Nitta, K., Okamoto, K., Imamura, H., Mochizuki, K., Takayama, H., Kamijo & Satiu. T. A comprehensive protocol for ventilator weaning and extubation: a prospective observational study. *Journal of Intensive Care* 2019; 7: 50.
6. โรงพยาบาลสงขลา. (2566). สถิติจากเวชระเบียนโรงพยาบาลสงขลา ปีงบประมาณ 2566.
7. มานะ ปัจจะแก้ว. ปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของการถอดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสิงห์บุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2560.
8. ทองเปลว ชมจันทร์, ปาริชาติ ลีมเจริญ, อัมภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย กักดีวงศ์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการถอดท่อช่วยหายใจต่ออัตราความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจและความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.* 2020; 2(1): 58-76.
9. สุนิศา บุตรขุนทอง, สมนึก โสรจแสง, รัตนา วัฒนศรี และทรงพร นารินทร์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบรุนแรงโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์. *เชิงราชเวชสาร* 2565; 14 (2): 56-74.
10. Li W, An X, Fu M & Li C. (2016). Emergency treatment and nursing of children with severe pneumonia complicated by heart failure and respiratory failure. *12 (4): 2145–9.*
11. National Health and Medical Research Council. *The Medical journal of Australia* 2022; 220 (2).
12. ทนันชัย บุญบุรพวงศ์. การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: ปัญญามิตรการพิมพ์; 2561.
13. Sricharoenchai T. High flow nasal cannula uses. In: Staworn D, Piyavechviratana K, Poonyathawon S, editors. *ICU everywhere*. Bangkok: The Thai Society of Critical Care Medicine 2018; p.18-41.
14. Hyzy, R. C., Manaker, S., & Finlay, G. Extubation management in the adult intensive care unit. [internet]. 2019 [cited 2019 Dec 18] Available from <https://www.uptodate.com/contents/extubation>

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

