

Volume 18 No.2 May - August 2025
ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

R&D Health
System Journal



วารสาร

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



THAIJO



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



E-ISSN 2697-4673 (Online)

ISSN 1906-2605 (Print)

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 18 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2568 มีบทความที่คัดเลือกลำเสนอในวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย นิพนธ์ต้นฉบับ ครอบคลุมทั้งสาขาการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาลชุมชน การมีส่วนร่วม ซึ่งหลากหลายสาขาวิชาชีพมากขึ้น ซึ่งฉบับนี้มีบทความเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพกลุ่มวัย แต่ที่น่าสังเกตคือบทความด้านงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัยเริ่มได้รับความสนใจจากกระแสการเปลี่ยนแปลงสถานะภูมิอากาศที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชนเป็นต้น

ทั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ทางกองบรรณาธิการต้องพัฒนาศักยภาพมุ่งหวังให้วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น และจะยินดีอย่างยิ่งถ้ามีการอ้างอิงบทความหรือสามารถนำผลงานวิชาการขยายผลในพื้นที่อื่นๆ 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 ภูถาวรณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นพ.วรวิทย์ เจริญพร	โรงพยาบาลนมน จังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. สม นาสอ้าน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

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

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

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

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
ผศ.ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.สุพัตรา บัวทิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. จิตภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ.ดร.ชนกพร ศรีประสาร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ปิยธิดา ภูริบุญรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ไพบูลย์ เอี่ยมขำ	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร.อุ๋นใจ เครือสติดัย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา	ภาควิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.สุพัตรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.ภาณุ อุดกัล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (ต่อ)

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

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนีดล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ศิริชัย รินทะราช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ภญ.อรนิฎา ชารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายศิริศักดิ์ คลพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นายวรัญญ์ สุริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางกฤษณา เพียรภาขลุน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางณัฐรินทร์ พิมพะสอน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
นางนภาพรรณ อารมย์ดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ออกแบบปก

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

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

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

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

(เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องขออนุมัติประเมินบทความ

รศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
รศ.ดร.จิรา คงปราง	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผศ.ดร.เอื้อมพร สุ่มมาตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ผศ.ดร.ทัฬหพร ชูศักดิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.อัครดิษฐ์ ไชยณรงค์	คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.ปิยะพงษ์ ชุมศรี	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
ผศ.ดร.อุ๋นใจ เกื้อสถิต	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ดร.นพ.สราวุฒิ บุญสุข	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล	ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)
ดร.ศุภศิลป์ ศิริรักษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบุลย์	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ดร.จารุวรรณ หมั่นมี	โรงพยาบาลราชวิถี
ดร.สุวภาคย์ เบญจธนวัฒน์	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.สุนิศา แสงจันทร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.สุพิศรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.ณัฐญากร มอญขันธุ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
ดร.ณัฐพล โยธา	กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น
ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ดร.นวลปรางค์ ดวงสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด
ดร.อรนิภา ชารเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.พัชรินทร์ ภูวเลิศ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.เมทินี เมทนีดล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งการใช้ยา งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย.....	1
กมลรัตน์ ฌ หนองคาย	
การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสุนัขสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบจังหวัดอำนาจเจริญ.....	14
วุฒิพงษ์ สันทรพิชญ์, ประวุฒิ พุทธจีน, เสฐียรพงษ์ ศิวินา	
ผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้นโยบาย 3 หมอ ในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู.....	26
ธนพงษ์ ภูมิสาคร	
ผลการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพ เพื่อลดเสี่ยง ลดป่วย ความดันโลหิตสูงด้วยวิถีใหม่พัฒนา บ้านใหม่พัฒนา ตำบลสร้างถ่อน้อย อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ.....	40
มัญญา ทาวรรณ, วรุฒิ หามฤทธิ์, อามีน ยูโซะ, ศิริพร ศิริบุญญารักษ์, ประเสริฐ ประสมรักษ์, สมเกียรติ ธรรมสาร, อมรรัตน์ บุตรจันทร์, ทับทิม ลอยหา, มिरา วุฒิชา	
การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูงานอนามัย โรงเรียน ในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชน ในถิ่นทุรกันดาร (กพด.)	54
ปรมาภรณ์ ม่วงปัทม, สุภวิทย์ อมรฤทธิ์, ณัฐพงศ์ พลพงษ์, วันเฉลิม ฤทธิมนต์, อภิชาติ วิทย์ตะ, อัญชลี ฐานวิสัย	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์.....	68
สายฝน แนวสุภาพ, ศศิมา กันธาลักษณ์, สรัญญา กลัดนุ่ม, อรุณวดี ทองบุญ, นริศรา ชาญณรงค์	
การประเมินความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมทันตสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุประเทศไทย.....	82
ณัฐมนันท์ ศรีทอง, พัชรพรรณ สุขมาลีนท์, ปางพุดพิชญ์ เหมมณี	
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสกลนคร	95
สุทธิพงษ์ กองวงษา	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของผู้ช่วยเหลือดูแล อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม.....	109
ชไมพร แสงโท, นิรุวรรณ เทรินโบล, จินดาวัลย์ วิบูลย์อุทัย, ฤชากร คงมัน	
ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้ประกอบอาชีพทำนา ตำบลภูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.....	122
นิพาดา สร้อยสังวาลย์, อนิรุจน์ ม่วงสำเภา, พรทิพย์ ทาบทอง	
ผลของโปรแกรมให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม.....	135
อภิญา สารภักดิ์	



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การยอมรับการใช้เทคโนโลยีเคชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลผลยดัดเชื้อ ในโรงพยาบาลนภลัย อำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม.....	148
ศิวาภรณ์ ชิมโพธิ์คลัง, นิรุวรรณ เทิร์นโบล, จินดาวัลย์ วัฒนชัย, ฤชกร คงมัน	
การพัฒนาแนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน.....	161
กัณฐ์ภรณ์ สิวสำแดง, จารุณี สรภุช	
การพัฒนารูปแบบทีมพี่เลี้ยงติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการ แบบบูรณาการในระดับพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น.....	175
บงอร กล้าสุวรรณ, สุวิชา สังข์ทอง, ชุตินา น้อยวังหิน	
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยต่อพฤติกรรม การจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลท่าบุญมี อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี.....	190
กฤษฎา จันทมา, ราชานนท์ โสมานันท์, ทัดสุพล ปิตตาระเต, ธีระภัทร์ แดงกระจ่าง, พิจิตรา สักดิ์สรยุทธ, พัทธนา เฮ้งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี	
ผลของโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ เด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี.....	205
นิภาพร ปัญญา, เอมอัสมา วัฒนบุรานนท์, นิภา มหารัษฎพงศ์, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร.....	220
ขวัญฤดี โพธิ์ทอง, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์	
ผลการบริหารทางเภสัชกรรมโดยใช้เภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล โพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร.....	234
จันทิมา บัวจันทร์	
อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการตรวจ กล้องเสียงโดยตรงและผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์.....	247
อุษณี ศรีกงพาน, กษกร พลาชิวะ, คัทลียา เกษมศิริ, กุลริศา บุญวรวัฒนา, ลักษณาวดี ชัยรัตน์	
ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา..	261
ศรินยา ขวัญเมือง, เฉลิมณีนุ้ย สิริเศรษฐ์ภพ, พรรณี บัญชรหัตถกิจ	



การพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งการใช้ยา งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

THE DEVELOPMENT OF PRESCRIPTION SCREENING SYSTEM IN OUTPATIENTS PHARMACY SERVICES NONGKHAI HOSPITAL AT NONGKHAI PROVINCE

Received: January 26, 2024

Revised: April 25, 2025

Accepted: May 08, 2025

กมลรัตน์ ณ หนองคาย

Kamolrat Na Nongkhai

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก การศึกษาวิจัยมี 3 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ข้อมูล การออกแบบดำเนินการและการประเมินผล เครื่องมือสำหรับงานวิจัย ได้แก่ แนวทางการคัดกรองคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก แบบเก็บข้อมูลการคัดกรอง คำสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา และรายงานความเสี่ยงทางยาในระบบ HRMS เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ช่วง คือ ก่อนพัฒนาระบบเดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนมีนาคม 2567 และ หลังพัฒนาระบบเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า หลังการพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก สามารถดักจับ ความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 1.826 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา เป็น 2.815 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาหลังการพัฒนาพบความรุนแรงระดับ B เท่านั้น อัตราความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาขึ้นตอนการคัดกรองและบันทึกคำสั่งการใช้ยา พบว่า หลังการพัฒนา ลดลงจาก 0.574 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา เป็น 0.185 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา ผลการยอมรับคำปรึกษาโดยเภสัชกร ของแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่แพทย์ยอมรับคำปรึกษาของเภสัชกร จำนวน 430 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 99.31

ดังนั้น การคัดกรองวิเคราะห์คำสั่งใช้ยาโดยเภสัชกรสามารถป้องกันปัญหาความคลาดเคลื่อน ทางยาก่อนถึงผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การคัดกรองคำสั่งการใช้ยา, เภสัชกร



Abstract

This action research aimed to develop a prescription screening system. The three steps of action research followed were: basic information and obstacle analysis, development of a prescription screening system and implementation, and prescription errors assessment. Tools used were guidelines for prescription screening, a prescription screening form, a medication error record form, and risk reporting in the HRMS program. Data were collected during two time periods: between October 2023 and March 2024, and between July 2024 and December 2024. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results found that after the prescription screening system was developed, the incidence of detected prescription errors increased from 1.826 per 1,000 prescriptions to 2.815 per 1,000 prescriptions due to screening by pharmacists. The severity of prescription errors was classified as type B only. Pre-dispensing errors in the prescription order entry process were reduced from 0.574 per 1,000 prescriptions to 0.185 per 1,000 prescriptions. Physicians accepted the pharmacists' consultations 430 times, representing a 99.31 percent acceptance rate.

The development of the prescription screening system and screening by pharmacists effectively prevented medication errors from reaching patients.

Keywords: Prescription screening, Pharmacist



บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอนของการใช้ยา ตั้งแต่การสั่งใช้ การคัดลอกคำสั่งการใช้ยา การจัดยา การจ่ายยาและการบริหารยา ซึ่งขั้นตอนการสั่งใช้ยา คือ จุดเริ่มต้นในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา⁽¹⁾ และเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุด⁽²⁾ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประโยชน์จากการใช้ยาอาจต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และอาจรุนแรงถึงชีวิตได้ หากในกระบวนการทำงานไม่มีขั้นตอนในการคัดกรองใบสั่งยา (prescription screening) เพื่อคัดกรองความคลาดเคลื่อนทางยาอาจทำให้ความคลาดเคลื่อนทางยานั้นถูกส่งต่อไปจนถึงตัวผู้ป่วยได้⁽³⁾

กระบวนการคัดกรองวิเคราะห์คำสั่งใช้ยาสามารถลดปัญหาความไม่ปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย สาเหตุอาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ที่อาจส่งผลทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ ความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ก่อนถึงตัวผู้ป่วย⁽⁴⁾ ในกระบวนการรักษาด้วยยานั้นเมื่อแพทย์มีคำสั่งใช้ยา เกสซ์กรควรปฏิบัติหน้าที่คัดกรอง ประเมินหรือวิเคราะห์คำสั่งการใช้ยาว่า มีความถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ โดยปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพเกสซ์กร ซึ่งการคัดกรอง ประเมินหรือวิเคราะห์ใบสั่งยา (Prescription Analysis) เพื่อสร้างความมั่นใจในคำสั่งการใช้ยา ว่ามีความถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย โดยที่ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับยาที่ถูกชนิด และครบถ้วนตามข้อบ่งใช้ มีการเลือกใช้รูปแบบยา ความแรงของยา และขนาดยาที่ถูกต้อง มีจำนวน หรือปริมาณยาที่เพียงพอกับระยะเวลาในการรักษาที่ต้องการ รวมถึงเป็นกระบวนการที่จะสามารถช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนจากคำสั่งใช้ยา และลดโอกาสเกิดความผิดพลาดในกระบวนการ การจัดจ่ายยา การส่งมอบยา และการบริหารยา⁽⁵⁾ การวิเคราะห์ใบสั่งยาจึงเป็นการปฏิบัติทางเกสซ์กรที่เกสซ์กรต้องดำเนินการเสมอ และถูกกำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในส่วนของระบบการจัดการด้านยาโดยงานเกสซ์กรต้องจัดให้มีการทบทวนคำสั่งการใช้ยาทุกรายการเพื่อให้มั่นใจในความเหมาะสมและความปลอดภัยของคำสั่งการใช้ยา⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ยังได้มีการกำหนดในกรอบงานพื้นฐานระบบของสมาคมเกสซ์กร โรงพยาบาลว่า เกสซ์กรต้องคัดกรองคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ก่อนเริ่มกระบวนการจัดเตรียมยา เมื่อพบความคลาดเคลื่อนจะได้ดำเนินการจัดการปัญหาทันท่วงที⁽⁷⁾ การคัดกรองคำสั่งการใช้ยาโดยเกสซ์กรสามารถดักจับความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาได้เพิ่มขึ้น การปรับเปลี่ยนระบบการคัดกรองใบสั่งยาโดยเกสซ์กร สามารถดักจับความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาได้เพิ่มขึ้นจากเดิมถึงร้อยละ 8.6 ซึ่งการดักจับความคลาดเคลื่อนที่มากขึ้นจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น⁽⁸⁾

โรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 420 เตียง ให้การบริการเกสซ์กรผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 703 ราย ในปีงบประมาณ 2564-2566 พบอัตราความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาเท่ากับ 7.12, 6.75 และ 6.08 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา ตามลำดับ มีระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนด้านการ



สั่งใช้ยา คือ ระดับ B สำหรับปีงบประมาณ 2567 อัตราความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก ลดลง เท่ากับ 1.826 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา (ข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567) ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงระดับ B และ มีความรุนแรงระดับ F จำนวน 1 อุบัติการณ์ เกิดขึ้นกับยา Warfarin ซึ่งถือว่าเป็นยาเสี่ยงสูงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งนี้เกิดจากขาดการคัดกรองคำสั่งการใช้ยา และ ดักจับความคลาดเคลื่อนการสั่งใช้ยาลดลง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก เพื่อให้มีการดักจับ และ คัดกรองคำสั่งการใช้ยา และเพื่อประเมินอัตราประเภทความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาที่ดักจับได้ และอัตราประเภทความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาในขั้นตอนการบันทึกการจ่ายยา ก่อนและหลัง พัฒนาระบบ รวมถึงการประเมินระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาก่อนและ หลังการปรับปรุงและพัฒนาระบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งการใช้ยา งานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัย งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ใบสั่งยาผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคายที่รับบริการจ่ายยาที่งานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ตั้งแต่เวลา 08.30-16.00 น. ในเวลาราชการ

เกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า

ใบสั่งยาผู้ป่วยนอกทุกใบที่แพทย์มีคำสั่งการใช้ยา และผู้ป่วยนำใบนำทางมาขึ้น เพื่อรับยาที่งานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เวลา 08.30-16.00 น. ในเวลาราชการ

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยนอกที่ยื่นใบสั่งยาเพื่อเบิกยาฉุกเฉินหรือมีใบนัดหมายฉีดยาและวัคซีนทุกชนิด

ผู้ป่วยนอกที่ยื่นใบสั่งยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอกและแพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย



ขั้นตอนการศึกษาวิจัย แบ่งการศึกษาวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการวางแผนและการเตรียมการ (Plan)

1. ทบทวนรายงานและวิเคราะห์ข้อมูลปฏิบัติการความคลาดเคลื่อนจากคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567
2. การพัฒนาระบบและแนวทางการคัดกรองคำสั่งใช้ยา ดังนี้
 - 2.1 ประชุมหน่วยงานเพื่อจัดทำแนวทางการคัดกรองคำสั่งการใช้ยา
 - 2.2 กำหนดเกณฑ์/แนวทางในการคัดกรองคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย แนวทางการคัดกรองประวัติการแพ้ยา, การเปรียบเทียบรายการยาเดิม, การเฝ้าระวังการใช้ยาเสี่ยงสูง warfarin, การประเมินความเหมาะสมของขนาดการใช้ยา, การประเมินความเหมาะสมการสั่งยาตามแนวทาง Rational Drug Use (RDU), การเฝ้าระวังยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน, การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อนและการประเมินผลความคลาดเคลื่อนของการสั่งใช้ยาตามที่โรงพยาบาลหนองคายกำหนด
 - 2.3 กำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ อัตรา ประเภท และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาที่ดักจับได้ และอัตรา ประเภทของความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาขั้นตอนการคัดกรองและบันทึกคำสั่งใช้ยา
 - 2.4 จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาผู้ป่วยนอก
 - 2.5 จัดทำแบบประเมินการใช้ยา Warfarin ในขั้นตอนการตรวจสอบยาและการจ่ายยา

ระยะที่ 2 ดำเนินการตามระบบที่พัฒนาขึ้น (Action) โดย

1. กำหนดให้เภสัชกรทุกตำแหน่ง ได้แก่ จุดคัดกรองใบสั่งยา จุดตรวจสอบรายการยาก่อนจ่ายยา และจุดจ่ายยา คัดกรองคำสั่งใช้ยาตามแนวทางที่กำหนด
2. รวบรวมข้อมูล ปัญหาและอุปสรรค เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผล

ประเมินผลการพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก โดยเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาขั้นตอนการคัดกรองและบันทึกคำสั่งใช้ยา และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนการสั่งใช้ยาก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ดังนี้

ก่อนการปรับปรุงและพัฒนา : เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

หลังการปรับปรุงและพัฒนา : เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการคัดกรองคำสั่งใช้ยาของผู้ป่วยนอก
2. แบบเก็บข้อมูลการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาผู้ป่วยนอก
3. แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา งานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย
4. รายงานความเสี่ยงทางยาในระบบ HRMS โรงพยาบาลหนองคาย



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวทางการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาผู้ป่วยนอกและแบบเก็บข้อมูลการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาผู้ป่วยนอกให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน และเภสัชกร 2 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล:

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ เพื่อเปรียบเทียบและสรุปผลการดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาของผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2567 เลขที่โครงการวิจัย 57/2567

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาและวิจัยการพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาผู้ป่วยนอก งานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองคาย มีรายละเอียดดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาก่อนและหลังการปรับปรุงและพัฒนา

ก่อนการพัฒนาระบบ มีใบสั่งยาจำนวน 87,069 ใบ รายการยาจำนวน 370,074 รายการ พบประเภทความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาจำนวน 14 ประเภท โดยประเภทความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ไม่สั่งยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ จำนวน 28 ครั้ง คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.322 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา, สั่งวิธีการใช้ยาผิด จำนวน 25 ครั้ง คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.287 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา, สั่งยาขนาดสูงเกินไป จำนวน 16 ครั้ง คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.184 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา, สั่งใช้วิธีบริหารยาไม่เหมาะสม จำนวน 16 ครั้ง คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.184 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา และสั่งยาที่ผู้ป่วยไม่ควรได้ จำนวน 14 ครั้ง คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.161 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา

หลังการพัฒนาระบบมีใบสั่งยาจำนวน 97,335 ใบ รายการยาจำนวน 495,044 รายการ พบประเภทความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาจำนวน 19 ประเภท โดยประเภทความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ สั่งจ่ายยาจำนวนไม่ถึงวันนัด จำนวน 48 ครั้ง คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.493 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา, ไม่สั่งยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ จำนวน 27 ครั้ง คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.277 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา, สั่งยาซ้ำซ้อน จำนวน 25 ครั้ง คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.257 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา, สั่งยาขนาดสูงเกินไป จำนวน 23 ครั้ง คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.236 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา และสั่งยาผิดตัวยา จำนวน 20 ครั้ง คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.205 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา



เมื่อเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาที่ดักจับได้ในช่วงก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนาระบบสามารถดักจับความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 1.826 ต่อ 1,000 ใบสั่งยาเป็น 2.815 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา ประเภทความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาที่ดักจับได้เพิ่มขึ้น ได้แก่ สั่งยาซ้ำซ้อน เพิ่มขึ้นจาก 0.023 ต่อ 1,000 ใบสั่งยาเป็น 0.257 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา สั่งยาไม่เหมาะสมตาม RDU เพิ่มขึ้นจาก 0 ต่อ 1,000 ใบสั่งยาเป็น 0.103 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา สั่งจ่ายยาจำนวนไม่ถึงวันนัดเพิ่มขึ้นจาก 0.149 ต่อ 1,000 ใบสั่งยาเป็น 0.493 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา สั่งยาขนาดสูงเกินไปเพิ่มขึ้นจาก 0.184 ต่อ 1,000 ใบสั่งยาเป็น 0.236 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา สั่งยาขนาดต่ำเกินไปเพิ่มขึ้นจาก 0.115 ต่อ 1,000 ใบสั่งยาเป็น 0.185 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีการดักจับการสั่งใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของ RDU ได้เพิ่มขึ้นจากเดิมเท่ากับ 0 ครั้ง เป็น 10 ครั้ง คิดเป็น 0.103 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาก่อนการปรับปรุงและพัฒนา พบ 2 ระดับ คือ ระดับ B จำนวน 158 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 99.37 และระดับ F จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.63 ส่วนระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาหลังการปรับปรุงและพัฒนา พบระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาระดับ B เท่านั้น จำนวน 274 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 100 รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาก่อน-หลังการปรับปรุงและพัฒนา

ประเภทความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยา	ก่อน (n = 87,069)		หลัง (n = 97,335)	
	จำนวน (ครั้ง)	อัตราความคลาดเคลื่อน (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา)	จำนวน (ครั้ง)	อัตราความคลาดเคลื่อน (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา)
สั่งยาผิดคน	0	0	1	0.010
สั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา	8	0.092	9	0.092
สั่งยาผิดตัวยา	9	0.103	20	0.205
สั่งยาขนาดสูงเกินไป	16	0.184	23	0.236
สั่งยาขนาดต่ำเกินไป	10	0.115	18	0.185
สั่งใช้วิธีบริหารยาไม่เหมาะสม	16	0.184	15	0.154
สั่งยามีรูปแบบรูปแบบไม่เหมาะสม	2	0.023	4	0.041
สั่งยาที่ผู้ป่วยไม่ควรได้	14	0.161	12	0.123
สั่งจ่ายยาจำนวนมากกว่าวันนัด	12	0.138	14	0.144
สั่งจ่ายยาจำนวนไม่ถึงวันนัด	13	0.149	48	0.493
ไม่ระบุความแรงของยาที่สั่ง	0	0.000	2	0.021



ประเภทความคลาดเคลื่อนด้านการ สั่งจ่าย	ก่อน (n = 87,069)		หลัง (n = 97,335)	
	จำนวน (ครั้ง)	อัตราความคลาด เคลื่อน (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา)	จำนวน (ครั้ง)	อัตราความ คลาดเคลื่อน (ต่อ 1,000 ใบสั่งยา)
ไม่ระบุจำนวนยาที่ต้องจ่ายให้ผู้ป่วย	0	0.000	2	0.021
ไม่ระบุวิธีใช้ยาหรือระบุไม่ครบถ้วน	3	0.034	15	0.154
สั่งวิธีการใช้ยาผิด	25	0.287	19	0.195
ไม่สั่งยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ	28	0.322	27	0.277
สั่งยาซ้ำซ้อน	2	0.023	25	0.257
ผู้ป่วยได้รับยาที่มีปฏิกิริยากัน	1	0.011	8	0.082
สั่งยาไม่เหมาะสมตาม RDU	0	0.000	10	0.103
รวม	159	1.826	274	2.815
ค่าเฉลี่ย± S.D.	8.833±8.706	0.107±0.099	15.111±11.432	0.155±0.117

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่าย ก่อนและหลังการปรับปรุงพัฒนา

ระดับความรุนแรง	ก่อนการพัฒนาระบบ (n = 159)		หลังการพัฒนาระบบ (n = 274)	
	จำนวน (ครั้ง)	อัตราความคลาด เคลื่อน ด้านการสั่งจ่าย	จำนวน (ครั้ง)	อัตราความคลาด เคลื่อน ด้านการสั่งจ่าย
B	158	99.37	274	100
C	0	0	0	0
D	0	0	0	0
E	0	0	0	0
F	1	0.63	0	0
รวม	159	100	274	100

2. ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาในขั้นตอนการคีย์ และบันทึกคำสั่งการใช้ยาก่อนและหลังการปรับปรุงและพัฒนา

ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาในขั้นตอนการคีย์และบันทึกคำสั่งการใช้ยา พบว่า ก่อนการปรับปรุงและพัฒนาประเภทความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาในขั้นตอนการคีย์และบันทึกคำสั่งใช้ยามี 8 ประเภท โดยประเภทความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาในขั้นตอนการคีย์และบันทึกคำสั่งใช้ยาที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ คีย์ขนาด (dose) การใช้ยาผิด จำนวน 13 ครั้ง คิดเป็นอัตราความ



คลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาเท่ากับ 0.149 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา คี้อย่าไม่ครบรายการและคี้อย่าให้ยาผิด พบจำนวน 10 ครั้งเท่ากัน คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาเท่ากับ 0.115 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา

ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาในขั้นตอนการคีย์ และบันทึกคำสั่งการใช้ยา พบว่า หลังการปรับ ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาในขั้นตอนการคีย์และบันทึก คำสั่งใช้ยาลดลง โดยมี 6 ประเภท ประเภทความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาในขั้นตอนการคีย์ และบันทึกคำสั่งใช้ยาที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ คี้อย่างขนาด (dose) การใช้ยาผิด จำนวน 9 ครั้ง คิดเป็น อัตราความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาเท่ากับ 0.092 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา คี้อย่าผิดตัวยา จำนวน 3 ครั้ง คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาเท่ากับ 0.031 ต่อ 1,000 ใบสั่งยาและคี้อย่าผิดเวลาและคี้อย่าเวลา ให้ยาผิด พบ จำนวน 2 ครั้งเท่ากัน คิดเป็นอัตราความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาเท่ากับ 0.021 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบอัตราความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาในขั้นตอนการคีย์ และบันทึกคำสั่งการใช้ยา พบว่า หลังมีการปรับปรุงพัฒนาความคลาดเคลื่อนลดลง จาก 0.574 ต่อ 1,000 ใบสั่งยาเป็น 0.185 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre dispensing Error) ในขั้นตอนการคีย์ และบันทึก คำสั่งใช้ยาก่อนและหลังการปรับปรุงพัฒนา

ประเภทความคลาดเคลื่อน ก่อนจ่ายยา (คีย์และบันทึก) Pre-Dispensing Error	ก่อน (n = 87,069)		หลัง (n = 97,335)	
	จำนวน (ครั้ง)	อัตราความคลาด เคลื่อน (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)	จำนวน (ครั้ง)	อัตราความคลาด เคลื่อน (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)
คี้อย่างขนาด (dose) การใช้ยาผิด	13	0.149	9	0.092
คี้อย่าไม่ครบรายการ	10	0.115	0	0
คี้อย่าเวลาให้ยาผิด	10	0.115	2	0.021
คี้อย่าวิธีใช้ยาผิด	6	0.069	1	0.010
คี้อย่าผิดจำนวน	4	0.046	1	0.010
คี้อย่าผิดความแรง	3	0.034	2	0.021
คี้อย่าผิดตัวยา	3	0.034	3	0.031
คี้อย่าผิดคน	1	0.011	0	0
รวม	50	0.574	18	0.185
เฉลี่ย $\pm$ SD	6.250$\pm$4.267	0.072$\pm$ 0.049	2.250$\pm$2.915	0.023$\pm$0.029



3. ผลการทำกิจกรรมการคัดกรองและการยอมรับคำปรึกษาโดยเภสัชกรของแพทย์

ผลการทำกิจกรรมการคัดกรองและการยอมรับคำปรึกษาโดยเภสัชกรของแพทย์ พบว่า ความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งยาทั้งหมด 433 ครั้ง แพทย์ยอมรับคำปรึกษาโดยเภสัชกรจำนวน 430 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 99.31

กิจกรรมการคัดกรองที่แพทย์ยอมรับคำปรึกษาโดยเภสัชกรร้อยละ 100 ได้แก่ การเปรียบเทียบรายการยา การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ การเฝ้าระวังการสั่งใช้ยาเสี่ยงสูง Warfarin การประเมินความเหมาะสมของขนาดยาการเฝ้าระวังยาที่มีปฏิกริยากันและการประเมินผลความคลาดเคลื่อนของคำสั่งการใช้ยา

กิจกรรมการคัดกรองที่แพทย์ไม่ยอมรับคำปรึกษาโดยเภสัชกรมี 2 กิจกรรม คือ การสั่งใช้ยา NSAIDs ซ้ำซ้อนจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.67 (ร้อยละการยอมรับเท่ากับ 83.33) และการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 7.14 (ร้อยละการยอมรับเท่ากับ 92.86) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการทำกิจกรรมการคัดกรองและการยอมรับคำปรึกษาโดยเภสัชกรของแพทย์

กิจกรรมการคัดกรอง	จำนวนครั้งที่ ปรึกษาแพทย์	ผลการยอมรับ ของแพทย์	ร้อยละ
1. การเปรียบเทียบรายการยา	81	81	100
2. การป้องกันการแพ้ยาซ้ำ	17	17	100
3. การเฝ้าระวังการสั่งใช้ยาเสี่ยงสูง Warfarin	3	3	100
4. การประเมินความเหมาะสมของขนาดการใช้ยา	67	67	100
5. การประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาตาม เกณฑ์ RDU			
5.1 การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน: ACEIs, ARBs	1	1	100
5.2 การสั่งใช้ยา Metformin in eGFR < 30 ml/hr	0	0	0
5.3 การสั่งใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	3	3	100
ระดับ 3 ขึ้นไป			
5.4 สั่งยา NSAIDs ซ้ำซ้อน	6	5	83.33
6. การประเมินผลความคลาดเคลื่อนของคำสั่งการ ใช้ยาตามที่กำหนด	212	212	100
7. การเฝ้าระวังยาที่มีปฏิกริยากัน	9	9	100
8. การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน	28	26	92.86
รวม	433	430	99.31



สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาผู้ป่วยนอกโดยให้เภสัชกรคัดกรองคำสั่งใช้ยาและใช้แนวทางการคัดกรองคำสั่งใช้ยาที่สร้างขึ้นในขั้นตอนการคัดกรองคำสั่งการใช้ยา ขั้นตอนการตรวจสอบยา และขั้นตอนการจ่ายยาสามารถดักจับความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาได้เพิ่มขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

อัตราความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาที่ดักจับได้ในช่วงก่อนการพัฒนาเท่ากับ 1.826 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา และหลังการพัฒนา พบว่า สามารถดักจับความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 2.815 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา ทั้งนี้ เนื่องจากการได้มีการพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาผู้ป่วยนอกโดยให้เภสัชกรทุกตำแหน่ง ได้แก่ ตำแหน่งการคัดกรองคำสั่งการใช้ยา ตำแหน่งตรวจสอบยาก่อนจ่ายยา และตำแหน่งการจ่ายยาทำการคัดกรองคำสั่งการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพพิมพ์ จุลเศรษฐี⁽⁴⁾ พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบคัดกรองการสั่งใช้ยาของแพทย์มีอัตราความคลาดเคลื่อนร้อยละ 17.02 และระบบที่ไม่มีขั้นตอนคัดกรอง และระบบที่มีขั้นตอนการคัดกรองและมีเภสัชกรคัดกรอง มีอัตราความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 30.85 และ 52.13 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติกา กสิโรจน์⁽¹⁰⁾ พบว่า การนำขั้นตอนคัดกรองคำสั่งใช้ยาโดยเภสัชกรมาเป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการทำงานของงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ทำให้เภสัชกรดักจับ Prescribing Errors (PEs) ได้เพิ่มขึ้นจาก 4.80 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา เป็น 7.83 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา

ประเภทความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ สั่งจ่ายยาจำนวนไม่ถึงวันนัด ไม่สั่งยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ สั่งยาซ้ำซ้อน สั่งยานานเกินไป และการสั่งยาผิดด้วยยา สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพพิมพ์ จุลเศรษฐี⁽⁴⁾ พบอัตราความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยา มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ไม่สั่งยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ ขนาดยาไม่เหมาะสม การสั่งยาซ้ำซ้อน การสั่งใช้ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน และการสั่งใช้ยาผิดชนิดยา

ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยา พบว่า ก่อนการพัฒนามีระดับความรุนแรง B ร้อยละ 99.37 และระดับความรุนแรง F ร้อยละ 0.63 หลังการพัฒนาระบบพบว่า ระดับความรุนแรง คือ ระดับ B ร้อยละ 100 เท่านั้น ซึ่งระดับความรุนแรงลดลง ทั้งนี้เนื่องจากระบบการคัดกรองคำสั่งใช้ยาจะช่วยดักจับความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งใช้ยาทำให้ความคลาดเคลื่อนของการสั่งใช้ยาไม่ถึงผู้ป่วย และระดับความรุนแรงจะลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากยามากขึ้น การคัดกรองคำสั่งการใช้ยาโดยเภสัชกรทำให้ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนด้านการสั่งใช้ยาลดลง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น^(4,9,10,12)

ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาในขั้นตอนการฉีดยาและบันทึกคำสั่งการใช้ยา พบว่า หลังการพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาความคลาดเคลื่อนลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ



ณฐมน สุคนธ์ และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า หลังพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาผู้ป่วยในอัตราความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยาในขั้นตอนการบันทึกรายการยาลดลง

กิจกรรมการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาโดยเภสัชกรและการยอมรับคำปรึกษาโดยเภสัชกรของแพทย์พบว่า ส่วนใหญ่แพทย์ยอมรับผลการปรึกษา จำนวน 430 ครั้ง คิดเป็นผลงานร้อยละ 99.31 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพพิมพ์ จุลเศรษฐี และบุญสุชิน ฉัตรไพฑูรย์ พบว่า ส่วนใหญ่แพทย์ยอมรับคำปรึกษาของเภสัชกร คิดเป็นผลงานร้อยละ 98.98⁽⁴⁾ และร้อยละ 95.53⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการพัฒนาแนวทางการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาให้ครอบคลุมข้อมูลวิชาการมากขึ้น เพื่อให้มีการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาได้อย่างครอบคลุม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ นายแหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ผศ.ดร.สุธาร จันทวงศ์ คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ ผศ.ดร.นิสาร์ตัน ศิริวัฒนเมธานนท์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำชี้แนะจนงานสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม, ศุภลักษณ์ ธนานนท์นิวาส. ความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. Veridian E – Journal 2552; 2(1): 195-217.
2. Kopp BJ, Erstad BL, Allen ME, Theodorou AA, Priestley G. Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: Direct observation approach for detection. Crit Care Med 2006; 34 (2): 415-425.
3. วชิรินทร์ ถาวโรภาส. ข้อผิดพลาดและการจัดการในการวิเคราะห์ใบสั่งยาผู้ป่วยนอกใน ณฐมน สุคนธ์, วรางคณา สิมภาพ, มนัสนันท์ วงษ์ครุฑ, น้ำทิพย์ คงนิล, นิชาภา ทองศรี และธีราพร สุภาพันธุ์. การพัฒนาระบบคัดกรองใบสั่งยาแผนกผู้ป่วยในเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี; 2564: 27.
4. ประไพพิมพ์ จุลเศรษฐี. การพัฒนาระบบคัดกรองวิเคราะห์คำสั่งใช้ยาของผู้ป่วยโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2565; 18: 5-1.



5. จันทร์จารีก รัตนเดชสกุล, ภาสกร รัตนเดชสกุล. เกณฑ์กรกับกระบวนการทบทวนคำสั่งใช้ยา. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก :https://ccpe.Pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=779
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00148/77c77e3f-ed2f-41a9-90d4-22164a69a871.pdf>
7. ธิดา นิงสานนท์ และคณะ. กรอบงานพื้นฐานระบบยา. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihp.org/wp-content/uploads/2022/06/หนังสือกรอบงานพื้นฐาน.pdf>
8. อัญชลี อังศธรมรัตน์ และสุจิตรา ตั้งมันคงวรกุล. ผลของการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาและอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนของการสั่งยาในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2564; 18: 1-10.
9. ณฐมน สุคนนท์, วรางคณา สิมพาล, มนัสนันท์ วงษ์ครุฑ, น้ำทิพย์ คงนิล, นิชาภา ทองศรี, ชีราพร สุภาพันธุ์. การพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งการใช้ยาผู้ป่วยใน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2564; 17(3): 25-38.
10. กฤติกา กลีโรจน์. การพัฒนาระบบคัดกรองคำสั่งการใช้ยาในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเขตอุดมศักดิ์. วารสารเภสัชกรรมไทย 2568; 17: 242-255.
11. เพียงใจ เกียรติชนวัฒนา. การเปรียบเทียบผลลัพธ์การจัดการกระบวนการของการคัดกรองคำสั่งใช้ยาโดยเภสัชกรระหว่างก่อนและหลังกระบวนการจัดยา. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2567; 34(3): 314-324.
12. บุญสุขชิน นัตรไพฑูรย์. การพัฒนาระบบการคัดกรองคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. หัวหินเวชสาร 2564; 1(3): 23-37.



การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ จังหวัดอำนาจเจริญ

DEVELOPMENT OF SYSTEMS AND OPERATING MECHANISMS FOR MODEL VILLAGE ON HEALTH STATION, AMNAT CHAREON PROVINCE

Received: February 26, 2025

Revised: May 21, 2025

Accepted: June 01, 2025

วุฒิพงษ์ สิ้นทรัพย์^{1*}, ประวุฒิ พุทธิชิน¹, เสฐียรพงษ์ สีวินา²

Wuttiphong Sinsap^{1*}, Pravut Putthakin¹, Satianpong Siwina²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและกลไก และทดลองใช้และขยายผลการดำเนินงานสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ การวิจัยแบ่งเป็นการพัฒนาระบบและกลไก และการทดลองใช้และขยายผล ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข ตัวแทนท้องถิ่น และกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึก และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) ระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วม การคืนข้อมูลสภาพปัญหา การสร้างระบบและกลไกการจัดระบบดูแลสุขภาพในชุมชน และการติดตามและประเมินผล และ 2) ผลดำเนินงาน พบว่า ได้มีการจัดตั้งสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้าน 637 แห่ง และให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 70.26 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70.26 ประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 80.22 และใช้ Smart อสม. และแอปพลิเคชันไลน์ ร้อยละ 100 Telemedicine 15 แห่ง ร้อยละ 2.35 และสถานีสุขภาพมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกระดับ

ข้อเสนอแนะ การวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองและติดตามภาวะความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดนอกสถานพยาบาล โดยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: ระบบและกลไก, สถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

Amnat charoen Provincial Public Health Office

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi-Et Provincial Health Office

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



Abstract

This research and development aimed to develop a system and mechanism and to trial and expand the operation of model village health stations. The research was divided into phases: system and mechanism development, and trial and expansion. It was conducted from October 2022 to September 2024. Data were collected from groups of academics, public health practitioners, local representatives, and high-risk groups and patients with cardiovascular disease or their caregivers. Data collection tools included questionnaires, record forms, and interview guides for focus groups. Data analysis used descriptive statistics, percentage differences, and content analysis.

The research results showed that 1) The system and mechanism for operating the model village health station consisted of building participation from all sectors, returning problem situation data to community, creating a system and mechanism to drive operations, organizing healthcare in community, and monitoring and evaluation. 2) The results from the trial and expansion found that 637 village health stations were established. Services provided included diabetes screening 70.26%, hypertension screening 70.26%, cardiovascular risk assessment 80.22%. Smart and the Line application were used 100%. Telemedicine was used at 15 locations 2.35%. The competency of health stations increased at all levels.

Recommendation: This research resulted in public gaining access to screening and monitoring of blood pressure and blood sugar conditions outside of healthcare facilities through collaboration of stakeholders.

Keywords: Systems and Operating Mechanisms, Model Village on Health Station.



บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 2 ใน 3 ของประชากรไทย ส่งผลต่อด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยหลายด้านตั้งแต่การจับบริการคัดกรองไม่ทั่วถึง และการเข้าถึงบริการและขาดองค์ความรู้ในการจัดการตนเอง⁽¹⁾ เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญได้มีนโยบายที่จะให้ประชาชนทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มป่วยสามารถเข้าถึงบริการการตรวจเฝ้าระวังทางสุขภาพ เพื่อลดอัตราการป่วย การเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงได้ จึงให้มีการนำร่องจัดตั้งสถานีสภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชน (Health Station) ต้นแบบ โดยมีหลักการและวัตถุประสงค์คล้ายกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) คือ เป็นจุดศูนย์รวมในการจัดบริการสุขภาพ คัดกรองสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย เป็นสถานที่ปฏิบัติการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/ชุมชนในหมู่บ้านหรือชุมชน รวมถึงใช้เป็นสถานที่ปรึกษาหารือระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชนกับประชาชน โดยสถานที่ตั้งอาจจัดสร้างเป็นอาคารเฉพาะ หรือสถานที่ที่มีอยู่แล้วในชุมชนที่ประชาชนคนในชุมชนให้ความเห็นชอบ เพียงแต่สถานีสภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชนจะมีระบบที่ทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งระบบการสื่อสาร เครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย เช่น เครื่องวัดความโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องชั่งน้ำหนัก ระบบการรักษาแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การจัดเก็บข้อมูล เป็นต้น⁽²⁾

การตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะจะช่วยลดความเสี่ยงของผู้ที่มีโอกาสเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง และยังช่วยป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจจะตามมาได้ การตรวจคัดกรองช่วยให้พบโรคได้เร็ว ทำให้แพทย์วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยในการควบคุมและป้องกัน การเกิดโรคแทรกซ้อนในอนาคตได้ดี การบูรณาการงานตามนโยบาย 3 หมอกับการดูแลควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักการ “ดูแลใกล้ชิด ใกล้เคียง ใกล้ใจ” เพื่อเพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง และลดความแออัดของโรงพยาบาล นโยบาย 3 หมอ หรือ “คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” เป็นแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เข้มแข็ง มีคุณภาพ ทั่วถึงและยั่งยืน หมอประจำตัว 3 คน ประกอบด้วย: หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน (อสม.) หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข (บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ) หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว (แพทย์ในโรงพยาบาล) เป้าหมายของนโยบายนี้ คือ การดูแลสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต สถานีสภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชนจึงเป็นสถานที่ที่มีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ด้วยเหตุนี้ การมีสถานีสภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชนที่ให้บริการโดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน (อสม.) ภายใต้การดูแลของหมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข (บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ) และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว (แพทย์ใน



โรงพยาบาล) จะช่วยให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ คัดกรองสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย⁽³⁾

ทั้งนี้ จากรายงานสาเหตุการตายของจังหวัดอำนาจเจริญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำแนกตามกลุ่มโรค 10 อันดับ พบว่า มีโรคไม่ติดต่อจำนวน 8 โรค ได้แก่ ไตวาย หลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ มะเร็งหลอดลมและปอด อุบัติเหตุการขนส่ง และโรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อนจำนวน 207, 250, 160, 131, 121, 69, 73 และ 66 คน ตามลำดับ และอัตราตาย 55.14, 66.6, 42.62, 34.9, 32.23, 18.38, 19.45 และ 13.32 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ ตามลำดับ ประกอบกับจังหวัดอำนาจเจริญได้กำหนดโรคไม่ติดต่อเป็นนโยบายและมีเป้าหมายให้มีสถานียสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบอำเภอละ 1 หมู่บ้าน 7 อำเภอ 7 หมู่บ้าน และสถานียสุขภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชนระดับพื้นฐานทุกหมู่บ้าน 630 หมู่บ้าน รวมทุกหมู่บ้าน 637 หมู่บ้าน/ชุมชน โดยให้มีกิจกรรมการดูแลคัดกรองสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มอายุเป็นการเพิ่มโอกาสและความสะดวกในการเข้าถึงของประชาชน การพัฒนาสถานียสุขภาพชุมชนให้มีความยั่งยืนสามารถทำได้โดยการสร้างกลไกและระบบต่างๆ ในการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรสำคัญในชุมชน⁽⁴⁾ รวมทั้งการพัฒนาวิธีการทำงาน แนวปฏิบัติและบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสาขาวิชาชีพที่จำเป็นต้องสร้างการทำงานแบบภาคประชาชนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของได้ ตลอดจนการพัฒนาบทบาทหน้าที่และงานของอาสาสมัครในพื้นที่ เพื่อให้การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อผลักดันให้เกิดกระบวนการสร้างกลไกและระบบสุขภาพที่ดีด้วยสถานียสุขภาพประจำหมู่บ้านให้มีความยั่งยืน นำไปสู่การพัฒนาความร่วมมือระหว่างองค์กรหลักในระดับตำบล และจัดทำข้อเสนอในการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานียสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อทดลองใช้และขยายผลการดำเนินงานสถานียสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ จังหวัดอำนาจเจริญ

ระเบียบวิธีวิจัย

การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานียสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ จังหวัดอำนาจเจริญ ออกแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development study) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการดังนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งตามระยะของการวิจัยเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ จังหวัดอำนาจเจริญ แหล่งข้อมูลเป็นกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสถานีสภาพประจำหมู่บ้าน ต้นแบบ 7 หมู่บ้าน จำนวน 1,822 คน ประกอบด้วย 1) ฝ่ายวิชาการ 4 คน ทีมวิจัยพื้นที่ 7 คน 2) ฝ่ายบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 107 คน 3) ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น (อบต. ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชนในชุมชน และหน่วยกู้ชีพตำบล) 35 คน และ 4) กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ดูแล 143 คน และกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในชุมชน ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป 1,826 คน

ระยะที่ 2 การนำระบบไปปฏิบัติ และขยายผล (1) ระยะก่อนการขยายระบบและกลไก จำนวน 35 หมู่บ้าน 5,779 คน ประกอบด้วย ภาครัฐ ได้แก่ ผู้บริหาร ทีมวิจัย และผู้รับผิดชอบงาน โรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ 35 คน ภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำ อสม. จิตอาสา เช่น พระ ครูเกษียณอายุ ราชการในชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เช่น ตัวแทนกลุ่มเสี่ยง ตัวแทนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง 494 คน และกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในชุมชน ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับ บริการคัดกรองในสถานีสภาพชุมชนครอบคลุม 35 หมู่บ้าน 7 อำเภอ 5,250 คน และ (2) ระยะการ ขยายระบบและกลไกไปปฏิบัติและขยายผลขับเคลื่อนการดำเนินงานครอบคลุมเพิ่มอีก 66 หมู่บ้าน รวมเป็น 108 หมู่บ้าน 17,480 คน ประกอบด้วย ภาครัฐ ได้แก่ ผู้บริหาร ทีมวิจัย และผู้รับผิดชอบงาน โรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ 35 คน ภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำ อสม. จิตอาสา เช่น พระ ครูเกษียณอายุ ราชการในชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เช่น ตัวแทนกลุ่มเสี่ยง ตัวแทนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 1,395 คน และกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในชุมชน ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ คัดกรองในสถานีสภาพชุมชนครอบคลุม 108 หมู่บ้าน 7 อำเภอ 16,050 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เป็นแบบประเมินสมรรถนะสถานีสภาพที่ได้พัฒนารวมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ เพื่อให้ครอบคลุมตามบริบทในพื้นที่ เครื่องมืดังกล่าวได้ผ่านตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พิจารณา ค่าความสอดคล้องจากดัชนี IOC (Index of item objective congruence) โดยคัดเลือกคำถามที่มีค่า 0.60 ขึ้นไป พบว่า มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.80 - 1.00

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ ระยะเวลา 12 เดือน โดยกำหนดระบบในการดูแลสุขภาพในชุมชน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) การค้นหาข้อมูลสภาพปัญหาสู่ชุมชน 3) การสร้างระบบ



และกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน และ 4) การจัดระบบดูแลสุขภาพในชุมชนครอบคลุมทุกกลุ่มกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การร่วมจัดตั้งสถานีสภาพ การคัดกรองความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้ผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ การประเมิน CVD Risk และการใช้ Application เชื่อมต่อการรายงานจากชุมชนสู่สถานบริการสาธารณสุข

ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้และขยายผล โดยนำระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบไปปฏิบัติ และการขยายผลสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเพิ่มอีกให้ครอบคลุม 7 อำเภอ ละ 5 หมู่บ้าน รวม 35 หมู่บ้าน ระยะเวลา 12 เดือน ประกอบด้วย ระยะก่อนการขยายระบบดำเนินการในเดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566 และระยะการขยายระบบดำเนินการเดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 ครอบคลุม 108 หมู่บ้าน ระยะเวลา 12 เดือน จำแนกเป็นระยะก่อนการขยายระบบและกลไกและระยะการขยายระบบและกลไกไปปฏิบัติและขยายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้ Percentage differences และวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 1/9/2565 เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2565 และ เลขที่ 2/9/2566 เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2566 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ พบว่า

1.1 ผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระบบการคัดกรองและดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ยังมีประเด็นที่ต้องมีการปรับปรุงเมื่อวิเคราะห์ถึงความต้องการจำเป็นในด้านต่างๆ การให้ข้อมูลข่าวสารถือเป็นความต้องการจำเป็นในลำดับที่ 1 รองลงมา คือ การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือบริการ และการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง ในส่วนของสถานที่ใช้คัดกรองส่วนใหญ่การคัดกรอง



จะดำเนินการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหลัก สะท้อนให้เห็นว่า ยังไม่มีสถานที่คัดกรองสุขภาพในเชิงรุกที่ชัดเจนในชุมชน และระบบการคัดกรองดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยในชุมชนก็ยังไม่ชัดเจนเช่นกัน

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองสุขภาพและการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเบื้องต้นนั้น ส่วนใหญ่ยังคงใช้แบบฟอร์มที่เป็นกระดาษ อยู่บทบาทและกิจกรรมในการคัดกรองมีการแบ่งหน้าที่กัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการประเมินสถานะสุขภาพเบื้องต้น เช่น การตรวจระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) และการวัดความดันโลหิต (BP) พร้อมทั้ง แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคเพื่อส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในกรณีที่คัดกรองในชุมชน หลังจากทำ อสม. ดำเนินการคัดกรองสุขภาพแล้ว ข้อมูลจะถูกส่งไปยัง รพ.สต. ด้วยวิธีการถ่ายภาพแบบฟอร์มกระดาษที่คัดกรองส่งผ่านทางไลน์หรือไม่ก็นำแบบฟอร์มคัดกรองฉบับจริงทั้งหมดมาส่งที่ รพ.สต. ด้วยตนเอง ขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการจัดบริการให้กับผู้ป่วย โดยจะแยกการให้บริการตามกลุ่มสี (เขียว เหลือง แดง) และมีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง พร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเจ้าหน้าที่จะเน้นการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้

1.2 การจัดกิจกรรมในสถานีสภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมคัดกรองสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของอย่างแท้จริง มีการจัดหาเครื่องมือและเทคโนโลยี (เช่น แอปพลิเคชัน) จากการระดมทุนเพื่อใช้ในการคัดกรองและเชื่อมโยงข้อมูล ระบบเชื่อมต่อ 3 หมอ โรงพยาบาล และหน่วยกู้ชีพถูกนำมาใช้เพื่อส่งต่อผู้ป่วย อสม. ที่เป็นครู ข เป็นแกนนำในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ยังให้บริการส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

2. การทดลองใช้และการขยายผลสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อในระดับอำเภอพบว่า ระบบโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอได้รับการทดลองใช้และขยายผล โดยกำหนดปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในพื้นที่นาร่องและนำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานแนวใหม่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเชื่อมโยงระบบบริการ 3 หมอ เพิ่มบทบาท อสม. ในการคัดกรอง และใช้ Line หรือแอปพลิเคชันในการส่งข้อมูลสุขภาพ

3. การประเมินผลระบบและกลไกดำเนินงานสถานีสภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ พบว่า

3.1 การจัดตั้งสถานีสภาพในชุมชนตามเป้าหมาย คือ จากการดำเนินงานเพิ่มคุณภาพการคัดกรองและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในสถานีสภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนถึงร้อยละ 36.35 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ผู้ป่วยความดัน



โลหิตสูงก็มีผลการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้นเช่นกันเป็น ร้อยละ 65.98 ในปีเดียวกัน ความสำเร็จนี้เกิดจากการจัดตั้งและดำเนินงานสถานีสภาพที่กระจายไปยังชุมชน รวมทั้งสิ้น 108 แห่ง สถานีสภาพเหล่านี้ ถือว่าเป็นกลไกสำคัญในการคัดกรองและมีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พื้นที่ต้นแบบยังแสดงผลงานที่โดดเด่นและบุคลากรได้รับรางวัลดีเด่นระดับเขตสุขภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินสมรรถนะของจุดบริการสถานีสภาพก่อนและหลังดำเนินการในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

สมรรถนะ	จำนวน (แห่ง)	คะแนนเต็ม	Mean (S.D.)		%differences
			ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	
ระดับพื้นฐาน	530	4	3.85	4.00	+2.53
ระดับพัฒนา	65	8	6.64	8.00	+12.04
ระดับก้าวหน้า	42	12	8.24	12.00	+23.32
รวมสถานีสภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชน จำนวน 637 แห่ง Mean (S.D.) = 10.14 (0.35)					

3.2 ผู้มารับบริการในสถานีสภาพรู้ตัวเลขรู้ความเสี่ยงรู้สถานะสุขภาพ มีการเชื่อมโยงระบบบริการระหว่างชุมชนกับสถานบริการ โดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสถานีสภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งข้อมูลการสื่อสารกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพรวมทั้งการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ได้แก่ แอปพลิเคชัน Smart อสม./แอปพลิเคชันไลน์ 637 แห่ง ร้อยละ 100 Telemedicine 15 แห่ง ร้อยละ 2.35 และแอปพลิเคชันที่พัฒนาในพื้นที่ 1 แห่ง ร้อยละ 0.15 ผลทำให้ผู้มารับบริการได้รับความรู้ คำแนะนำในสถานีสภาพ จำนวน 84,259 คน ร้อยละ 87.72

3.3 การดำเนินการเพิ่มคุณภาพการคัดกรองและดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประสบความสำเร็จอย่างมาก มีการขยายการคัดกรองผู้สถานีสภาพทุกแห่งและเพิ่มการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นร้อยละ 36.35 ในปี พ.ศ. 2567 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันได้ดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65.98 ในปีเดียวกันความสำเร็จนี้ยังทำให้เกิดพื้นที่ต้นแบบหลายแห่ง เช่น เกิดพื้นที่ Best practice ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ดีที่สุดของจังหวัด มีการขยายผลเพิ่มอีก 108 แห่ง ทั้งจังหวัดและ อสม. รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขได้รับรางวัลดีเด่นระดับเขตสุขภาพ

3.4 การติดตามเยี่ยมเสริมพลังและการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่ต้นแบบหลังดำเนินงานผ่านการจัดประชุม NCD Clinic Plus และติดตามผลการดำเนินงานผ่านเวทีนิเทศงานทั้งรอบที่ 1 และ 2 โดยมีทีมตรวจราชการและนิเทศงาน โดยให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน ดังนี้ คือ คณะกรรมการ



จังหวัด ควรสนับสนุน ติดตามแผนและเป็นที่ปรึกษาพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุน เทคโนโลยีดิจิทัลในหมู่บ้านต้นแบบ เพิ่มบทบาทสหวิชาชีพ ในการทำ Health Coaching โดยมี Care Manager ประเมิน วางแผนดูแลผู้ป่วยและสื่อสารให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาความร่วมมือ กับภาคีเครือข่าย ภายนอก (เช่น อบต./เทศบาล) เพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพชุมชนแนวใหม่ ยกระดับ สถานีสุขภาพ ทั้งในเมืองและชนบทให้มีอุปกรณ์/เทคโนโลยีที่จำเป็น เชื่อมโยงข้อมูลดิจิทัล และขยาย การดูแลผู้ชุมชน (Community Based) โดยเพิ่มบทบาท 3 หมอ และความร่วมมือกับ อบต. ด้านงบประมาณ/ สถานที่ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เป็นช่องทางสื่อสารสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และป้องกันควบคุม โรค NCDs ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขยายผลสู่พื้นที่อื่น

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ข้อค้นพบจากการศึกษาระบบและกลไกสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ ในจังหวัด อำนาจเจริญ พบว่า ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักดังกล่าว พบผลเช่นเดียวกับข้อค้นที่ผ่านมาใน เนปาลของ Shrestha และคณะ⁽⁵⁾ ซึ่งพบว่า การสร้างการมีส่วนร่วม ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพระดับ หมู่บ้านและคณะทำงานพหุภาคี จนส่งผลให้อัตราการใช้บริการสุขภาพแม่และเด็กเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 35 ขณะเดียวกันการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญลำดับต่อมา ก็ได้รับการยืนยัน ประสิทธิภาพโดย งานวิจัยของ Santos และคณะ⁽⁶⁾ ในบราซิลที่ได้พัฒนาระบบ "Data-to-Action" โดยแปลงข้อมูลโรคไม่ติดต่อเป็นแผนที่ความเสี่ยงแบบเรียลไทม์ ส่งผลให้ชุมชนปรับพฤติกรรม ลดการบริโภคเกลือได้ถึงร้อยละ 25 ภายในครึ่งปี ส่วนการสร้างระบบขับเคลื่อนการดำเนินงานนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mwangi และคณะ⁽⁷⁾ ที่ได้ศึกษาในเคนยาพบว่า การออกแบบกรอบกำกับ ดูแลหลายระดับ (Multi-Level Governance) พร้อมใช้แชทบอท (Chat board) สำหรับประสานงาน ระหว่างสถานีสุขภาพกับเครือข่าย ทำให้เวลาตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินลดลงจาก 72 ชั่วโมงเหลือ เพียง 12 ชั่วโมงเท่านั้น ส่วนการจัดระบบดูแลสุขภาพในชุมชนนั้นพบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยใน อินเดียของ Patel และคณะ⁽⁸⁾ ที่ได้พิสูจน์ประสิทธิภาพโมเดล "Hub-and-Spoke" โดยใช้สถานีสุขภาพ หมู่บ้านเป็นจุดติดตามโรคเรื้อรัง (Spoke) และโรงพยาบาลชุมชนเป็นศูนย์วิชาการ (Hub) จนสามารถ ลดผู้ป่วยเบาหวานขั้นรุนแรงได้ถึงร้อยละ 40 ภายในหนึ่งปี และการติดตามประเมินผล ซึ่งเป็น องค์ประกอบปิดวงจร ถูกพัฒนาอย่างเป็นระบบในงานของ Ampofo และคณะ⁽⁹⁾ ที่ออกแบบ แอปพลิเคชัน "mHealth Tracker" ในกานา โดยเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับดัชนี 30. และแสดงผลผ่าน แชทบอท (Chat board) ของผู้นำชุมชน ส่งผลให้คะแนนความพึงพอใจประชาชนต่ออาสาสมัคร สาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 28



อย่างไรก็ตามผลสำเร็จของการทดลองใช้รูปแบบ และขยายผลสถานีสถานีสุขภาพต้นแบบประสบผลสำเร็จทั้งด้านอัตราการคัดกรองโรคที่สูงและใช้ดิจิทัลแบบเต็มรูปแบบนั้นมีรากฐานจากแนวทางที่น่าสนใจด้านการศึกษาของ Adiwinata et al.⁽¹⁰⁾ ได้พิสูจน์แล้วว่า การใช้ CHWs ร่วมกับแอปพลิเคชันสามารถเพิ่มอัตราการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตได้เกินร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์จากการวิจัยประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจของ Ogunniyi et al.⁽¹¹⁾ แสดงให้เห็นว่า การออกแบบเครื่องมือแบบภาพช่วยให้ได้อัตราครอบคลุมเกินร้อยละ 80 ถึงแม้จะเป็นพื้นที่ห่างไกลก็ตาม สำหรับการบูรณาการเทคโนโลยีนั้น Uwimana et al.⁽¹²⁾ ได้ยืนยันศักยภาพของแอปพลิเคชันพื้นฐานที่ใช้งานได้ แม้ไม่มีอินเทอร์เน็ต ซึ่งช่วยอธิบายความสำเร็จการใช้ Smart อสม. และ Line Application ร้อยละ 100 ได้ แต่การขยาย Telemedicine ที่ยังข้อจำกัด ร้อยละ 2.35 เนื่องจากหลายปัจจัย ในทำนองเดียวกับงานวิจัยของ Vasquez et al.⁽¹³⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าการเริ่มต้นนั้น ควรเชื่อมต่อกับสถานีสถานีสุขภาพกับแม่ข่ายก่อน โดยจังหวัดอำนาจเจริญมีแนวโน้มดีจาก Telemedicine 15 แห่ง ที่ดำเนินการแล้ว นอกจากนั้นยังพบว่าสามารถยกระดับสมรรถนะสถานีสถานีสุขภาพทุกแห่ง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของโครงการขับเคลื่อนได้ด้วยโมเดลการฝึกอบรมแบบผสมผสาน ดังในบังกลาเทศที่ Rahman et al.⁽¹⁴⁾ ที่ได้พัฒนาจนเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) การใช้เป็นต้นแบบในการจัดตั้งสถานีสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านในจังหวัดอื่น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสถานีสถานีสุขภาพสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงควรนำรูปแบบการดำเนินงานนี้ไปปรับใช้ในจังหวัดอื่นๆ โดยคำนึงถึงบริบทท้องถิ่น เพื่อขยายผลการพัฒนาสุขภาพระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ

2) การกำหนดนโยบายควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับชาติ โดยเฉพาะการขยายการคัดกรอง ความรู้ด้านสุขภาพ และระบบติดตามผลในชุมชนให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

3) การพัฒนาแผนการอบรมและเพิ่มสมรรถนะให้แก่ อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ผลการวิจัยชี้ว่าการเพิ่มบทบาทของ อสม. และบุคลากรในชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพอย่างมาก ดังนั้น ควรจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมด้านการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง



การให้คำปรึกษาสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้บุคลากรสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4) การจัดตั้งระบบติดตามผลลัพธ์สุขภาพ การใช้เทคโนโลยี การมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับสมรรถนะของสถานี่สุขภาพในแต่ละพื้นที่ เพื่อใช้ข้อมูลเป็นแนวทางพัฒนาต่อเนื่อง และปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่จริง

2.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) สถานี่สุขภาพต้นแบบประจำหมู่บ้านควรถูกบรรจุเป็นหน่วยบริการภาคประชาชน ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเสริมการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยมีการจัดสรรงบประมาณ และบุคลากรสนับสนุนอย่างชัดเจน

2) ผลักดันนโยบายการบูรณาการกลไก “3 หมอ” ร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพในชุมชน ควรส่งเสริมให้เกิดนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุขในการใช้กลไกหมอประจำบ้าน หมอสาธารณสุข และหมอครอบครัวร่วมกับการใช้ระบบดิจิทัล เช่น Smart อสม., Telemedicine, LINE และ H4U เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และทันสมัย

3) ภาครัฐควรมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และบทบาทของ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่เป็น Health Coach ในระดับชุมชน โดยจัดสรรงบประมาณฝึกอบรม สนับสนุนอุปกรณ์ และระบบรายงานผลที่เชื่อมโยงกับหน่วยบริการหลัก

4) ควรมีนโยบายระดับชาติที่ชัดเจนในการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) มีบทบาทร่วมในการบริหารจัดการสถานี่สุขภาพ เช่น การจัดสรรงบประมาณ การสนับสนุนสถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ และการเป็นกรรมการร่วมกำกับติดตามผล เพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Hanney S R, Gonzalez-Block M A, Buxton M J, Kogan M, et al. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. Health Research Policy.and Systems 2003; 1(1): 2.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. นโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ; 2563.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการจัดบริการสถานี่สุขภาพดิจิทัล (Digital health station) ในชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2565.



4. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2563.
5. Shrestha A, Bhattarai R, Joshi SK. Community-driven health governance: a participatory action research in Nepal's village health stations. *J Community Health* 2023; 48(2): 301–15.
6. Santos L, Oliveira R, Silva P. Data-to-action framework for NCD prevention in Brazilian primary care. *Lancet Glob Health* 2022; 10(4): e543–e551.
7. Mwangi E, Kipkoech T, Omondi S. Multi-level governance in community health systems: evidence from Kenya. *Health Policy Plan* 2024; 39(1): 88–102.
8. Patel V, Desai M, Reddy KS. Hub-and-spoke model for NCD management in rural India. *BMJ Glob Health* 2021; 6(7): e006432.
9. Ampofo AG, Osei FB, Mensah K. mHealth tracker for community health monitoring in Ghana: a mixed-methods study. *Int J Med Inform* 2025; 183: 105318.
10. Adiwinata J, Wahyuni AS, Putra IG. Digital-enabled NCD screening by community health workers in rural Indonesia. *BMC Public Health* 2023; 23: 1457.
11. Ogunniyi MO, Adebayo AM, Salako BL. Pictorial cardiovascular risk assessment tool for low-literacy settings: a cluster RCT in Nigeria. *Lancet Glob Health* 2022; 10(5): e698–e706.
12. Uwimana J, Mukeshimana M, Ntawuyirushintege S. USSD-based mHealth system for community health reporting in Rwanda. *J Am Med Inform Assoc.* 2024;31(1):87-95.
13. Vasquez T, Huaman E, Campos M. Scaling telemedicine in Andean rural health posts: challenges and outcomes. *Rural Remote Health* 2023; 23(2): 7125.
14. Rahman SM, Islam MT, Ahmed SM. Blended learning for capacity building of village health workers in Bangladesh. *Hum Resour Health* 2025; 23: 24.



ผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้นโยบาย 3 หมอ ในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

EFFECTS OF THE FALL PREVENTION MODEL IN THE ELDERLY USING THE 3 DOCTORS POLICY IN MUEANG DISTRICT NONG BUA LAMPHU PROVINCE

Received: February 04, 2025

Revised: May 25, 2025

Accepted: June 01, 2025

ธนพงษ์ ภูมิสาयर

Thanapong Phoomsaiyod

บทคัดย่อ

การหกล้มเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ความพิการ หรือเสียชีวิตได้ การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบการดูแล การป้องกัน การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากการแบ่งกลุ่มการรับบริการ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ และกลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ กลุ่มตัวอย่างละ 119 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล t-test

ผลการวิจัย พบว่า ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ และกลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู ร้อยละ 15.87 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหลังเข้ารับการฟื้นฟู ร้อยละ 96.20 คะแนน Time up and go ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู น้อยกว่า 12 วินาที ร้อยละ 94.96% คะแนน Time up and go หลังเข้ารับการฟื้นฟู น้อยกว่า 12 วินาที ร้อยละ 94.96% และมากกว่า 12 วินาที ร้อยละ 5.04 เปรียบเทียบการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกาย (Time up and go) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการฟื้นฟู กลุ่ม 3 หมอแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ผลการวิจัยมีประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย วางแผน แนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บ ความพิการ และเสียชีวิต

คำสำคัญ: ผลการเปรียบเทียบ, การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ, นโยบาย 3 หมอ



Abstract

Falls are one of the causes of injury, disability or death. This study was a quasi-experimental study. The purpose of this study was to compare the care and prevention of falls in the elderly by dividing them into 2 groups: a group operated by 3 doctors and a group operated by 2 doctors. The statistics used to analyze the data were t-test.

The research results found that the results of the comparison of clinical outcomes, prevention of falls in the elderly, using the 2-doctor group and the 3-doctor group in Mueang District, Nong Bua Lamphu Province, the 3-doctor group had a risk of falling before receiving rehabilitation (15.87%), and a risk of falling after receiving rehabilitation (96.20%). The Time up and go score before receiving rehabilitation was less than 12 seconds (94.96%), and the Time up and go score after receiving rehabilitation was less than 12 seconds (94.96%), and more than 12 seconds (5.04%). Comparison of physical movement test (Time up and go) of elderly people before and after rehabilitation. The 3 groups of doctors were significantly different ($p\text{-value} < 0.001$).

The research results are useful for policy making, planning, and implementation of health services for the elderly to reduce the risk of injury, disability, and death.

Keywords: Comparative results of falls in the elderly, 3 Doctors Policy



บทนำ

การหกล้มเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ความพิการ หรือเสียชีวิตได้ สาเหตุของการหกล้มของ ผู้สูงอายุในชุมชนมีปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจ และปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น พื้นผิวที่แสงสว่างไม่เหมาะสม พื้นผิวที่ลื่น เป็นต้นการหกล้มส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และยังกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพ⁽¹⁾ การดูแลเรื่องการป้องกันการหกล้มจึงเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของนักกายภาพบำบัดที่จะส่งเสริมปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ การประเมินผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม การส่งเสริม การทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่รับประทานยาโรค อาหาร การปรับสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัย เสี่ยง และการส่งเสริมการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงแก่ร่างกาย⁽²⁾

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเน้นให้ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิทั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เป็นผู้มอบการรักษา ดูแลให้คำปรึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู จึงปรับใช้นโยบายนี้เพื่อดูแลผู้สูงอายุในจังหวัด โดยมุ่งเน้นการดูแลเพื่อป้องกันการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดหนองบัวลำภูเป็นจังหวัดที่อยู่ในระดับก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ.2563 - 2565 พบประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 14.33 15.87 และ 15.87 ตามลำดับ และจากผลการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า พบปัญหาเสี่ยงหกล้ม โดย พ.ศ.2563 พบร้อยละ 96.52, 95.50 และ 96.73 จำนวนผู้สูงอายุที่พึ่งพิงมีจำนวนมากขึ้นเช่นกัน ร้อยละ 30.87, 32.60 และ 32.60 คน ตามลำดับ⁽³⁻⁵⁾ ซึ่งสาเหตุการล้มเกิดจากการสะดุด ร้อยละ 42.8 การลื่น ร้อยละ 35.5 พื้นต่างระดับ ร้อยละ 9.9⁽⁶⁾ และด้านภาวะโภชนาการพบว่า มีค่าดัชนีมวลกายที่ปกติปกติเพียงร้อยละ 24.15 ในบทบาทนักกายภาพบำบัด การป้องกันการหกล้มสามารถทำได้โดยการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยช่วยแนะนำในการออกกำลังกาย ฝึกและเพิ่มทักษะในผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อในส่วนขา การฝึกการทรงตัว รวมถึงการฝึกเดินในผู้สูงอายุ มีความสำคัญ และสามารถป้องกันการหกล้มได้

การใช้นโยบาย 3 หมอ เพื่อป้องกันการหกล้ม โดยการมีส่วนร่วมของ 3 หมอ ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัด/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ จากการแบ่งกลุ่มการรับบริการ กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ กลุ่มดำเนินการ



โดยนักกายภาพบำบัดเจ้า/หน้าที่สาธารณสุข และอสม.ในพื้นที่ และกลุ่มดำเนินการกระตุ้นโดย อสม. โดยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกรับบริการตามความสะดวก และบริบทของแต่ละคน นอกจากจะเป็น การตอบสนองต่อนโยบายของจังหวัดหนองบัวลำภู กระทรวงสาธารณสุข และนโยบายของประเทศ ยังสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการจัดทำแนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะเป็นโยบายต่อผู้สูงอายุและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบการดูแล การป้องกัน การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากการแบ่งกลุ่ม การรับบริการ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ กลุ่มดำเนินการโดยนักกายภาพบำบัด/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.ในพื้นที่ และกลุ่มดำเนินการกระตุ้นโดย อสม. และกลุ่มดำเนินการ โดย 2 หมอ ได้แก่ โดยนักกายภาพบำบัด หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.ในพื้นที่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนา หรือพักอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณภายใต้สมมติฐาน พบว่า การประเมิน Time up and go test ของกลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ มีผลต่างของการผ่านเกณฑ์ Time up and go test ที่มากกว่า 12 วินาที ร้อยละ 60 และการประเมิน Time up and go test ของกลุ่มดำเนินการ โดย 3 หมอ มีผลต่างของการผ่านเกณฑ์ Time up and go test ที่มากกว่า 12 วินาที ร้อยละ 80 ใช้การทดสอบ two-sided ระดับ significance = 0.05 และ power = 0.90 กำหนดให้ ratio 1 : 1 คำนวณ จำนวนผู้ป่วยได้กลุ่มละ 119 ราย รวมทั้งหมด 238 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
2. มีคะแนน TUGT (Time Up and Go Test) ≥ 12 วินาที เพื่อระบุกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานในเวชศาสตร์ฟื้นฟู
3. สามารถเดินเองได้ (ไม่ใช้รถเข็น/เตียงนอนตลอดเวลา) เพื่อให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือโปรแกรมป้องกันการหกล้มได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง



5. พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เพื่อให้มั่นใจว่าได้รับผลจากนโยบาย 3 หมอ และมีโอกาสประเมินผลต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดออก (Inclusion criteria)

1. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีโรคทางระบบประสาทที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว เช่น อัมพาต อัลไซเมอร์ พาร์กินสันระยะรุนแรง ซึ่งอาจทำให้ผลของการแทรกแซงไม่ชัดเจน
2. มีความผิดปกติของกระดูก ข้อ หรือกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง เช่น ขาพิการ ข้ออักเสบรุนแรง การบาดเจ็บที่ขาเรื้อรัง
3. เคยเข้าร่วมโครงการฝึกป้องกันการหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา เพื่อหลีกเลี่ยงอคติจากการได้รับการแทรกแซงมาก่อน
4. ไม่สามารถสื่อสาร หรือทำแบบประเมินได้ เช่น มีปัญหาด้านภาษา การได้ยิน หรือภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการประเมินผลขึ้นอยู่กับการตอบสนอง และการเข้าใจคำแนะนำ
5. มีภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจรุนแรง หอบหืดควบคุมไม่ได้ ฯลฯ เพื่อป้องกันอันตรายจากการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟู

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม และแนวทางในการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่อง คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันวันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยได้กำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในรอบแนวคิดในการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

ใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ลักษณะการหกล้มของผู้สูงอายุ ข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และระดับความเสี่ยงต่อการหกล้ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence : IOC) ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ถ้ามีความสอดคล้องผู้เชี่ยวชาญจะให้ค่าเป็น “+1” แต่ถ้าผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อสอบข้อนั้น ไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์จะให้ค่าเป็น “-1” และในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่า ข้อสอบข้อนั้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ก็จะให้ค่าเป็น “0” ทั้งนี้ค่า IOC ที่ยอมรับไว้ว่ามีความเที่ยงตรง คือ ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป



2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างศึกษา จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

3. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามมาหาความเชื่อมั่น ใช้กับข้อมูล nominal โดยการวัดคุณภาพของข้อมูลหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พิจารณาเนื้อหาความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน ใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) ใช้วิธีหาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบภายใน และการคำนวณหาความสัมพันธ์คะแนนของแบบสอบถามแต่ละข้อจะต้องแปลงให้เป็นคะแนน 2 ค่าเท่านั้น ได้แก่ คำตอบว่า ใช่ ให้ค่าเป็น 1 และตอบ ไม่ใช่/ไม่ทราบ ให้ค่าเป็น 0

4. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ใช้กับข้อมูล Interval scale โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Likert scale นำแบบสอบถามมาพิจารณาเนื้อหาว่า มีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน โดยการหาความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) เพื่อวัดค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ให้ได้ค่าเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 0.7 สำหรับแบบสอบถามที่มีค่ายากง่ายในลักษณะกระจาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) และ ค่าเฉลี่ย (mean)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างข้อมูลระดับกลุ่ม (nominal) โดยใช้ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู วันที่ 23 พฤษภาคม 2567 เลขที่ 010/2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

การเปรียบเทียบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้นโยบาย 3 หมอ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดูแล ป้องกัน การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ของกลุ่มดำเนินการ โดย 2 หมอ และ 3 หมอ ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 238)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ		กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ	
	(n = 119)		(n = 119)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	42	35.29	32	26.89
ชาย	77	64.71	87	73.11
อายุ (ปี) , mean ($\pm$ SD)	70.74	($\pm$ 9.83)	70.65	($\pm$ 7.28)
น้ำหนัก , mean ($\pm$ SD)	57.65	($\pm$ 10.48)	57.83	($\pm$ 13.47)
ส่วนสูง , mean ($\pm$ SD)	151.53	($\pm$ 0.07)	161.06	($\pm$ 14.52)
Body Mass Index , mean ($\pm$ SD)	23.80	($\pm$ 4.54)	25.55	($\pm$ 17.58)
โรคประจำตัว				
มี	76	63.87	85	71.43
Hypertension	48	75.16	62	86.60
DM	22	29.27	23	26.50
Musculoskeletal disease	8	27.33	10	8.40
Old CVA	5	18.29	5	7.0
CKD	8	43.73	3	3.46
COPD	0	0	1	3.77
Anemia	0	0	0	0
อื่นๆ	25	21.01	29	24.37
มีปัญหาด้านความคิด ความจำ	19	15.97	5	7.0
มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว	30	25.21	19	21.89
มีปัญหาด้านขาดสารอาหาร	17	14.29	12	10.08
มีปัญหาด้านการมองเห็น	40	33.61	11	16.80
มีปัญหาด้านซึมเศร้า	10	29.75	5	4.40
มีปัญหาด้านการกลืนปัสสาวะ	24	20.17	10	7.30
มีปัญหาด้านการกลืนอาหาร	4	19.83	0	0
มีปัญหาด้านช่องปาก	54	45.38	25	21.07
มีปัญหาด้านกล้ามเนื้ออ่อนแรง	4	8.81	1	4.76



ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ		กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ	
	(n = 119)		(n = 119)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับยาที่ส่งผลต่อการทรงตัว*	7	5.88	14	11.76
สถานที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	9	7.56	1	2.20

*หมายเหตุ Narcotic drugs, Anticonvulsant drugs, Antipsycotic drugs, Benzodiazepines & sedative drugs
Antihistamine Drug

ผลลัพธ์ทางคลินิก

ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก

การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอและกลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู ร้อยละ 13.10 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหลังเข้ารับการฟื้นฟู ร้อยละ 96.20 คะแนน Time up and go ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู น้อยกว่า 12 วินาที ร้อยละ 39.20 คะแนน มากกว่า 12 วินาที ร้อยละ 60.80 คะแนน Time up and go หลังเข้ารับการฟื้นฟู น้อยกว่า 12 วินาที ร้อยละ 96.20 และ มากกว่า 12 วินาที ร้อยละ 3.80 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome) ในผู้สูงอายุก่อน และหลังจัดกิจกรรมของกลุ่มดำเนินการ (n = 238)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ		กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ	
	(n = 119)		(n = 119)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู				
ไม่มี	93	78.15	105	88.24
มี	26	21.85	14	15.87
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม หลังเข้ารับการฟื้นฟู				
ไม่มี	114	96.20	113	94.96
มี	5	4.20	6	5.04



ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ		กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ	
	(n = 119)		(n = 119)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน Time up and go test ก่อน				
เข้ารับการฟื้นฟู				
น้อยกว่า 12 วินาที	114	96.20	113	94.96
มากกว่า 12 วินาที	5	4.20	6	5.04
คะแนน Time up and go test หลัง				
เข้ารับการฟื้นฟู				
น้อยกว่า 12 วินาที	57	47.90	113	94.96
มากกว่า 12 วินาที	62	52.10	6	5.04

เปรียบเทียบความเสี่ยงและค่าทดสอบการเคลื่อนไหวก่อนหลังเข้ารับการฟื้นฟู

เปรียบเทียบความเสี่ยงก่อนหลังเข้ารับการฟื้นฟู

เปรียบเทียบความเสี่ยงก่อนหลังเข้ารับการฟื้นฟู ของกลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ และกลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ก่อนและหลังเข้ารับการฟื้นฟู) ของกลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ และกลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ (n = 238)

ความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม	n	S.D.	t	95%CI	df	p-value
กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ						
ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู	26	0.501	1.090	0.120-1.259	0.180	0.30
หลังเข้ารับการฟื้นฟู	5	0.522				
กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ						
ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู	14	0.483	0.307	0.36-1.94	0.047	0.75
หลังเข้ารับการฟื้นฟู	6	0.501				



เปรียบเทียบค่าการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกาย (Time up and go test) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการฟื้นฟู

ผลการเปรียบเทียบค่าการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกายของผู้สูงอายุก่อนเข้ารับการฟื้นฟู กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ และกลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ เปรียบเทียบการเคลื่อนไหวทางกาย กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู และหลังการเข้ารับการฟื้นฟู ไม่แตกต่างกัน กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู และหลังการเข้ารับการฟื้นฟู แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบ Time up and go ในผู้สูงอายุก่อน และหลังจัดกิจกรรมของกลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ และกลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ ($n = 238$)

Time up and go	n	S.D.	t	95%CI	df	p-value
กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ						
ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู	114	0.479	0.307	0.208-1.321	0.550	0.75
หลังเข้ารับการฟื้นฟู	57	0.157				
กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ						
ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู	113	0.501	8.536	4.084-11.781	0.476	< 0.001
หลังเข้ารับการฟื้นฟู	113	0.332				

สรุปผลการวิจัย

เปรียบเทียบความเสี่ยงก่อนหลังเข้ารับการฟื้นฟู ของกลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ และกลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม หลังเข้ารับการฟื้นฟู แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกาย (Time up and go test) ของผู้สูงอายุ ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ และกลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ เปรียบเทียบการเคลื่อนไหวทางกาย กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู และหลังการเข้ารับการฟื้นฟู ไม่แตกต่างกัน กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู และหลังการเข้ารับการฟื้นฟู มีค่าการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกายของผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)



อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความเสี่ยงก่อนหลังเข้ารับการฟื้นฟู ของกลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ และกลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหลังเข้ารับการฟื้นฟู ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากช่วงที่ทำการศึกษาระหว่างสาธารณสุขชุมชนโยบายให้ทุกจังหวัดจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นของขวัญปีใหม่ ภายใต้แนวคิด "สูงวัยไทย" ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับทราบข้อมูลและความรู้จากการรณรงค์สื่อประชาสัมพันธ์ผ่านทุกช่องทางเพิ่มมากขึ้น และจากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านในกลุ่มทดลอง พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผลการประเมินพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปได้น้อย คือ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมสภาพแวดล้อมภายในบ้านยังไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น การจัดของให้เป็นระเบียบไม่กีดขวางทางเดินการปรับปรุงแสงสว่างให้เหมาะสม การปรึกษาแพทย์ก่อนการรับประทานยา เป็นต้น ความเสี่ยง ความกลัวการหกล้มและแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ มีรูปแบบการป้องกัน การพลัดตกหกล้ม คือ การจัดสภาพแวดล้อม แต่การป้องกัน การพลัดตกหกล้มที่น้อยที่สุด คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระดูก⁽⁷⁾

ค่าการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกาย (Time up and go test) ของผู้สูงอายุก่อนเข้ารับการฟื้นฟู กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ และกลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ เปรียบเทียบการเคลื่อนไหวทางกาย กลุ่มดำเนินการโดย 2 หมอ ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู และหลังการเข้ารับการฟื้นฟู ไม่แตกต่างกัน กลุ่มดำเนินการโดย 3 หมอ ก่อนเข้ารับการฟื้นฟู และหลังการเข้ารับการฟื้นฟู มีค่าการทดสอบการเคลื่อนไหวทางกายของผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน (ครู ก) มีการสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบที่ตามมา หากเกิดการพลัดตกหกล้ม การออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา เพิ่มความยืดหยุ่นและช่วยการทรงตัวที่ดี ทำให้สามารถลุกจากเก้าอี้เดินกลับตัวได้อย่างคล่องแคล่วมาที่นั่งเดิม ใช้ระยะเวลาที่น้อยลง ลดโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้การออกกำลังกาย จึงนับเป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยชะลอการเสื่อมและการสูญเสียหน้าที่จากการจำกัดการเคลื่อนไหวของระบบกระดูกข้อต่อ และกล้ามเนื้อทำให้ร่างกายคล่องตัวความสามารถในการเดินและการทรงตัวดีขึ้น ไม่พลัดตกหกล้มง่าย ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันดีขึ้น ก่อนการจัดกิจกรรม พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีการเคลื่อนไหวทางกายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)⁽⁸⁾ การออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุสามารถลดอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้⁽⁹⁻¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อจำนวนครั้งการพลัดตก



หกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คนในการดูแลผู้สูงอายุ⁽¹²⁾ และสอดคล้องการศึกษาการประเมินผลการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ⁽¹³⁾ สอดคล้องกับการประเมินสถานการณ์ของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกับทีมหมอประจำตัว 3 คน หรือทีม 3 หมอ ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชนมาเป็นแนวทางในดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน หรือทีม 3 หมอ รวมทั้งการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน หรือทีม 3 หมอ⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของจังหวัดอุดรดิตถ์ตามนโยบายทีมหมอประจำตัว 3 คน นำมาช่วยในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลสุขภาพประชาชนและชุมชน⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาว มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอครอบครัวในระดับมาก⁽¹⁶⁾

ข้อจำกัด

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการดูแล การป้องกัน การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในพื้นที่อำเภอเมือง 1 ใน 6 อำเภอของจังหวัดหนองบัวลำภู แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ซึ่งข้อมูลเชื่อถือได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรพัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างทีม 3 หมอ พัฒนาการดำเนินงานทีม หมอครอบครัว เพื่อให้การปฏิบัติงานและแผนงานที่เกี่ยวข้อง กับทีมหมอครอบครัวในระดับกระทรวง ได้สื่อสารถึงพื้นที่และอำนวยความสะดวกให้กับพื้นที่ เพื่อความถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรให้กับทีมหมอครอบครัวในระดับพื้นที่ รวมทั้งยานพาหนะที่ใช้ในการรับส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ทุรกันดาร และพื้นที่ห่างไกลพื้นที่ทุรกันดาร
2. ควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสร้างเครือข่ายใหม่ เพื่อร่วมดำเนินงานทีมหมอครอบครัว โดยการค้นหาต้นทุนทางสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อนำมาช่วยในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลสุขภาพ ประชาชน และชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ที่กรุณาอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัย



เอกสารอ้างอิง

1. วิษนี กุปตะวาทีน. สังคมสูงวัยกับโลกสมัยใหม่. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2566]; 444-450. เข้าถึงได้จาก: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/svittj/article/view/199275/139033>
2. ปริศนา รดิสดา. การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน Fall Prevention among the Elderly Living in a Community: The Nursing Role in Home Health Care. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2561; 11(1): 15-25.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://nbdatacenter.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b
4. อมร ทองรักษ. กองยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. ข้อมูลทั่วไปจังหวัดหนองบัวลำภู. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน: 20-22 มกราคม 2566; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. หนองบัวลำภู: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู; 2566.
5. ปริศนา รดิสดา. การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน Fall Prevention among the Elderly Living in a Community: The Nursing Role in Home Health Care. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2566]; 11: 15-25. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/164295/128686>
6. สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง, อรทัย ยินดี. การศึกษาความเสี่ยงความกลัวการหกล้ม และแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาล 2564; 23(2): 30-43.
7. วิลาวลัย เอี่ยมสะอาด, วรรณิการ์ พินิจ. ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง 2566; 9(1): 103-114.
8. รุ่งทิวา วัฒนละอิต, ภครดี ชัยวัฒน์. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล, บรรณาธิการ. กายภาพบำบัดเพื่อประชาชน. กรุงเทพฯ: แสงดาว; 2555.
9. Calhoun R, Meischke H, Hammerback K, Bohl A, Poe P, Williams B, et al. Older Adults' Perceptions of Clinical Fall Prevention Programs: A Qualitative Study. Journal of Aging Research 2011.



10. ภาวดี วิมลพันธุ์, ชนิษฐา พิศกลาด. ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557; 23(3): 98-109.
11. รณภพ เกตุทอง. การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบประจำตัว 3 คน ในการดูแลกลุ่มเปราะบางของจังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567; 9(1): 638-649.
12. Stufflebeam, Daniel L. "Education Evaluation and Decion Makiong in EducationEvaluation : Theory and Practice. New York: Harcourt, Brace and World Nic; 1973.
13. สันติ ทวยมีฤทธิ์. การพัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 14(1): 230-240.
14. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอบครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
15. จินกร โนรี. กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต: บทเรียนจากการระบาด COVID-19 การประชุม วิชาการ 30 ปี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 7 กรกฎาคม 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก; <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5659>
16. ปิยะ เทพปิยวงศ์. แนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอบครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสุขภาพศึกษา 2558; 38(130): 1-15.



**ผลการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพ
เพื่อลดเสี่ยง ลดป่วยความดันโลหิตสูงด้วยวิธีใหม่พัฒนา บ้านใหม่พัฒนา
ตำบลสร้างถ่อน้อย อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ**

**RESULTS OF STRENGTHENING PATIENT, FAMILY, AND COMMUNITY IN CARING
FOR HEALTH TO REDUCE RISKS AND HIGH BLOOD PRESSURE ILLNESS USING A
NEW DEVELOPMENT APPROACH IN BAN MAI PHATTHANA, SANG THO NOI SUB-
DISTRICT, HUA TAPHAN DISTRICT, AMNAT CHAROEN PROVINCE**

มัญชฎา ถาวรวรรณ^{1*}, วรวุฒิ หามฤทธิ¹, อามีน ยูโซะ¹,
ศิริพร ศิริกัญญาภรณ์¹, ประเสริฐ ประสมรักษ์¹, สมเกียรติ ธรรมสาร²,
อมรรัตน์ บุตรจันทร์², ทับทิม ลอยหา², มิรา วุฒิชัย²
Munchupha Thaworawan^{1*}, Vorawut Hamrit¹, Ameen Yusoh¹,
Siriporn Sirikanyaporn¹, Prasert Prasomruk¹, Somkiat Thammasan²,
Amonrat Butjan², Tabtim Loiha², Mira Wuthicha²

Received: March 15, 2025

Revised: May 15, 2025

Accepted: June 03, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพเพื่อลดป่วยลดเสี่ยงความดันโลหิตสูงในพื้นที่บ้านใหม่พัฒนา ตำบลสร้างถ่อน้อย อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง จำนวน 32 คน คัดเลือกแบบแบ่งกลุ่มตามหมู่บ้าน และการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Sample T-Test

รูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็ง ประกอบด้วย 1) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 2) การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว 3) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, $p\text{-value} = 0.007$ และ $p\text{-value} < 0.001$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตส่วนบนและส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} = 0.002$) ดังนั้น จึงควรนำรูปแบบไปปรับใช้ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, การสร้างเสริมความเข้มแข็ง, วิธีใหม่พัฒนา

¹ มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ

Mahidol University, Amnat Charoen Campus

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างถ่อน้อย

Ban Sang Tho Nai Subdistrict Health Promoting Hospital

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



Abstract

This action research aimed to develop and study a model for strengthening patient, family, and community in caring for health to reduce risks and high blood pressure illness using a new development approach in Ban Mai Phatthana, Sang Tho Noi Sub-district, Hua Taphan District, Amnat Charoen Province. The sample consisted of 32 individuals, including hypertension patients and those at risk. Participants were selected by using cluster sampling based on village and purposive sampling. Data were collected on health care behavior, family support, and community support and analyzed using descriptive statistics and Paired Sample T-Test.

The strengthening model consisted of 1) Personal skill development, 2) Family engagement, and 3) Community strengthening. The study revealed that after implementing the model, the average health care behaviors, family support and community support significantly increased (p-value < 0.001, p-value = 0.007 and p-value < 0.001). Additionally, the average systolic, and diastolic blood pressure significantly decreased (p-value < 0.001 and p-value = 0.002). Therefore, the model should be adapted to reduce complications and risks associated with hypertension.

Keywords: Hypertension, Strengthening, a new development approach in Ban Mai Phatthana



บทนำ

ในปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชนทำให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ⁽¹⁾ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้น แต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา⁽²⁾ จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน และไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น หากได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต พร้อมติดตามวัดค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้นจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้เป็นอย่างดี⁽³⁾ และลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้

ทั้งนี้ยังพบว่า ประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกว่าภาคอื่นๆ อีกด้วย (ประมาณ 1.8 ล้านคน)⁽⁴⁾ และในเขตสุขภาพที่ 10 จากรายงานการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปี ขึ้นไป จังหวัดอำนาจเจริญพบกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดเป็นร้อยละ 17.39 กลุ่มป่วยร้อยละ 0.38 ในพื้นที่อำเภอ ห้วยตะพาน มีจำนวนประชากรทั้งหมด 36,328 คน พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 5,326 คน คิดเป็นร้อยละ 14.68 และพบผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 842 คน คิดเป็นร้อยละ 2.32⁽⁵⁾ และในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างถ่อในพบปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ทั้งผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง จำนวน 516 คน คิดเป็นร้อยละ 18.05 ทั้งนี้ ผลการคัดกรองระดับความดันโลหิตสูงในพื้นที่ บ้านใหม่พัฒนา ตำบลสร้างถ่อน้อย พบกลุ่มสงสัยป่วยร้อยละ 6.78 และกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 15.25 ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงที่คล้ายคลึงกันจากการศึกษาชุมชนพื้นที่บ้านใหม่พัฒนา หมู่ 10 ตำบลสร้างถ่อน้อย อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อสำรวจปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งปัจจัยที่พบ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และขาดการออกกำลังกาย⁽⁶⁾

จากการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีแนวทางให้ผู้ที่มีความตระหนักต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และความรุนแรงจากความดันโลหิตสูง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิต⁽⁷⁾ โดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส.⁽⁸⁾ นอกจากนี้ แรงสนับสนุนของครอบครัว เช่น การให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม สามารถ



สร้างกำลังใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้⁽⁹⁾ รวมถึงการรณรงค์ในชุมชนเพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ชุมชนได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ และการแก้ไขด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้⁽¹⁰⁾

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การตระหนักต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อลดความดันโลหิต บทบาทของครอบครัว และชุมชนมีผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพเพื่อลดเสี่ยง ลดป่วยความดันโลหิตสูงด้วยวิถีใหม่พัฒนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพเพื่อลดเสี่ยง ลดป่วยความดันโลหิตสูงด้วยวิถีใหม่พัฒนา บ้านใหม่พัฒนา ตำบลสร้างถ่อน้อย อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

กรอบแนวคิดการวิจัย





ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาและศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพเพื่อลดป่วย ลดเสี่ยงความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านการคัดกรอง ในพื้นที่บ้านใหม่พัฒนา ตำบลสร้างถ่อน้อย อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวนทั้งหมด 32 คน ประกอบไปด้วย กลุ่มเสี่ยง 20 คน และกลุ่มป่วย 12 คน หาค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 1 กลุ่มไม่อิสระต่อกัน แทนค่าผลต่างค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เท่ากับ 7.56⁽¹¹⁾ เมื่อแทนค่าตามสูตรได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 19.23 เมื่อคิดอัตราการสูญเสียร้อยละ 12 ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 32 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งประชากรตามเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างถ่อน้อย อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ผลจากการสุ่มตัวอย่าง คือ หมู่ที่ 10 บ้านใหม่พัฒนา เนื่องจากมีจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างไม่มาก จึงทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

กลุ่มป่วย คือ ประชาชนในพื้นที่บ้านใหม่พัฒนา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตส่วนบน (SBP) อยู่ระหว่าง 130-139 มม.ปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตส่วนล่าง (DBP) อยู่ระหว่าง 85-89 มม.ปรอท และอาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านใหม่พัฒนา และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ที่มีปัญหาด้านการรับรู้และมีความยากลำบากในการสื่อสาร ไม่สะดวกในการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรม และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่มีโรคร่วมได้แก่ โรคหัวใจ วัณโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 วางแผนการเสริมสร้างสุขภาพชุมชน จัดเวทีประชาคม ร่วมกับตัวแทนชุมชน เพื่อออกแบบแนวทางเสริมสร้างสุขภาพ โดยใช้ข้อมูล สาเหตุของปัญหา และทุนทางสังคม



ขั้นที่ 2 ปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพเพื่อลดเสี่ยง ลดป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยวิถีใหม่พัฒนา บ้านใหม่พัฒนา โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์

ขั้นที่ 3 การประเมินผลการดำเนินการ ได้แก่ ความถี่ในการออกกำลังกาย สถานะอารมณ์ ค่าความดันโลหิตสูง และค่าความเค็มในอาหาร

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล ถอดบทเรียนผลการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพเพื่อลดเสี่ยง ลดป่วยความดันโลหิตสูง โดยการคืนข้อมูลให้กับ ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อร่วมกันปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

ดำเนินการจัดทำ “โครงการสุขภาพองค์กรร่วม ลดป่วย ลดเสี่ยงความดันโลหิตสูงด้วยวิถีใหม่พัฒนา” ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง ประงอาหาร ออกกำลังกายด้วยยางยืด และบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ 2) การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผ่านการเยี่ยมบ้าน ตรวจค่าความเค็มในอาหาร และส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้าน 3) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน โดยสื่อสารความเสี่ยง ผ่านลำลอง-ลำเตี้ย และติดโปสเตอร์ความรู้ในชุมชน โดยความถี่ในการออกกำลังกาย และสถานะอารมณ์ จะบันทึกทุกวัน ค่าความดันโลหิตสูง และค่าความเค็มในอาหาร จะบันทึกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่ในครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่อาศัย มีจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา จำนวน 29 ข้อ

ส่วนที่ 3 ด้านการสนับสนุนทางครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 ด้านการสนับสนุนทางชุมชน จำนวน 9 ข้อ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า (Item-Objective Congruence Index : IOC) ได้เท่ากับ 0.87 และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคแอลฟา(Cronbach alpha Coefficient) ด้วยการทดสอบประชากรคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาล



ส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างใน จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ค่าความดันโลหิตและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample T-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 8/2567 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพเพื่อลดเสี่ยง ลดป่วยความดันโลหิตสูงด้วยวิถีใหม่พัฒนา

1.1 พัฒนาทักษะส่วนบุคคลลดป่วย ลดเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิถีใหม่พัฒนา

- 1) กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- 2) พัฒนาทักษะการปรุง การบริโภค สาธิตการออกกำลังกายด้วยยางยืด
- 3) จัดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในสมุดบันทึก

1.2 สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดป่วย ลดเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1) เชื่อมบ้านติดตาม ทดสอบความเค็ม ด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter : “CHEM METER”) ที่พัฒนาโดยคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสะท้อนข้อมูลค่าความเค็มแก่คนในครอบครัว

- 2) ออกกำลังกายด้วยยางยืดได้ตนเองที่บ้าน

1.3 สร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ด้วยวิถีใหม่พัฒนา

1) สื่อสารความเสี่ยงผ่านกลอน “ล่ำล่อง” และ “ล่ำเต้ย” สุขภาพดีวิถีใหม่พัฒนา โดยผ่านทางช่องทางหอกระจายข่าว

2) ติดโปสเตอร์ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การลดการบริโภคโซเดียม การออกกำลังกาย และภาวะสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ตามร้านสะดวกซื้อและศาลาประชาคม



2. ผลการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพ เพื่อลดเสี่ยง ลดป่วยความดันโลหิตสูงด้วยวิถีใหม่พัฒนา

2.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.08 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 93.80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.40 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 84.40 ทั้งนี้กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 68.80 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.62 (S.D. = 9.56)

2.2 เปรียบเทียบ ด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา ด้านการสนับสนุนครอบครัว และการสนับสนุนทางชุมชน ก่อน-หลังการทดลอง

จากการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เท่ากับ 4.03 (S.D. = 0.52) เพิ่มขึ้นจากเดิม โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.91 (S.D. = 0.57) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ด้านสนับสนุนครอบครัว พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ด้านสนับสนุนครอบครัว เท่ากับ 4.34 (S.D. = 0.65) เพิ่มขึ้นจากเดิม โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.67 (S.D. = 1.04) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการสนับสนุนทางชุมชน พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ด้านการสนับสนุนทางชุมชน เท่ากับ 4.82 (S.D. = 0.31) เพิ่มขึ้นจากเดิม โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 (S.D. = 0.69) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา ด้านสนับสนุนครอบครัว และด้านการสนับสนุนทางชุมชน ภาพรวม ก่อน-หลังการทดสอบ (n = 32)

ตัวแปร	การทดลอง	Mean	S.D.	$\bar{D}$	S.D.	t	p-value
ด้านพฤติกรรม ฯ	ก่อน	2.91	0.57	1.12	0.78	8.63	< 0.001
	หลัง	4.03	0.52				
ด้านการสนับสนุนทางครอบครัว	ก่อน	3.67	1.04	0.67	1.33	2.86	0.007
	หลัง	4.34	0.65				
ด้านการสนับสนุนทางชุมชน	ก่อน	2.01	0.69	2.81	0.71	22.52	< 0.001
	หลัง	4.82	0.31				



2.3 เปรียบเทียบระดับค่าความดันโลหิตโดยรวมของกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง

จากการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ความดันโลหิตส่วนบน (SBP) มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.19 ± 11.88 mmHg และความดันโลหิตส่วนล่าง (DBP) มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.06 ± 11.98 mmHg

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังการทดลอง (n = 32)

ความดันโลหิต	ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต		Mean Difference ± S.D. (mmHg)	95%CI		p-value
	(Mean ± S.D.) mmHg			Mean Difference		
	ก่อน	หลัง		lower	upper	
SBP	139.84 ± 8.48	119.66 ±10.13	20.19 ± 11.88	15.90	24.47	< 0.001
DBP	83.22 ± 8.94	76.16 ± 8.99	7.06 ± 11.98	2.74	11.38	0.002

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพเพื่อลดเสี่ยง ลดป่วยความดันโลหิตสูงด้วยวิถีใหม่พัฒนา

จากการศึกษาครั้งนี้ได้รูปแบบการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพเพื่อลดเสี่ยงและลดการป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (ลดเสี่ยง ลดป่วยด้วยวิถีใหม่พัฒนา) ดำเนินการโดยการบรรยายให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ โดยมีการจดบันทึกข้อมูล เช่น ความถี่ในการออกกำลังกาย สภาวะอารมณ์ ค่าความดันโลหิต และค่าความเค็มในอาหารแต่ละสัปดาห์ เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เมธินี ศรีสวัสดิ์ และคณะ (2564)⁽¹²⁾ และทินณรงค์ เรทนู (2562)⁽¹³⁾ ที่ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวัดระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวการเยี่ยมบ้านและสะท้อนข้อมูลค่าความเค็มในอาหารแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารสอดคล้องกับการศึกษาของ นายวัชร โอชะคลัง (2565)⁽¹⁴⁾ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 3) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนการสื่อสารสุขภาพผ่านเสียงเพลง ลำลอง และลำเต้ย ที่เน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. การติดป้ายโปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค



ความดันโลหิตสูง เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ถึงความอันตรายของโรคในชุมชนสอดคล้องกับการศึกษาของ นายบุญเลิศ จันทร์หอม และคณะ (2564)⁽¹⁵⁾ และกันยิกา ชอว์ (2566)⁽¹⁶⁾ ที่ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ และการสื่อสารสุขภาพผ่านหลายรูปแบบ เช่น กราฟิก อินโฟกราฟิก คลิปวิดีโอ และสื่อเสียง

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา

การศึกษา พบว่า หลังจากกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ มีระดับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.91 (S.D. = 0.53) เป็น 4.03 (S.D. = 0.48) การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากการจัดบันทึกและปรับพฤติกรรม เช่น ลดการบริโภคอาหารเค็ม ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น มีการจัดการความเครียดที่ดี และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของไชยา จักรสิงโต (2560)⁽¹⁷⁾ และไหมมูนี้ะ สังขว และคณะ (2563)⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาควบคุมความดันโลหิต

3. การสนับสนุนทางครอบครัว

จากการศึกษา พบว่า ภายหลังที่กลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับรูปแบบการสร้างเสริมในการดูแลสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 (S.D. = 1.04) และ 4.34 (S.D. = 0.65) ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$) เนื่องจากแรงสนับสนุนของครอบครัว เช่น การให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม สามารถสร้างกำลังใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์จิรา สีสว่าง และคณะ (2564)⁽¹⁹⁾ และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ (2566)⁽²⁰⁾ พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมมือในการรักษา มีการดูแลตนเองจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

4. การสนับสนุนทางชุมชน

การศึกษา พบว่า หลังจากกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ระดับการสนับสนุนทางชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.01 (S.D. = 0.96) เป็น 4.82 (S.D. = 0.31) ปัจจัยที่ส่งเสริมการสนับสนุนนี้ ได้แก่ การติดป้ายให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการเปิดเพลงประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมาย และประชาชนทั่วไปตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและปรับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงของโรค ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรศักดิ์ ศรีวิลาส (2566)⁽²¹⁾ และฉัตรณรงค์ คงบารมี (2562)⁽²²⁾ ซึ่งพบว่าการติดป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชนช่วยให้ครอบครัว และชุมชนเข้าใจปัญหาสุขภาพมากขึ้น และ



การติดตามเยี่ยมบ้านช่วยกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

5. ระดับความดันโลหิต

ผลการศึกษา พบว่า หลังจากกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ค่าความดันโลหิตทั้งส่วนบน (SBP) และส่วนล่าง (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} = 0.002$ ตามลำดับ) เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา กระจำแก้ว และคณะ (2565)⁽²³⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรขยายผลรูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพเพื่อลดเสี่ยง ลดป่วยความดันโลหิตสูง นำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูง
2. ควรเปรียบเทียบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เพื่อทราบประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพเพื่อลดเสี่ยง ลดป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างถ่อใน ขอขอบคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และผู้เข้าร่วมโครงการ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐสิทธิ์ สีนโท, วิโรจน์ คำแก้ว, อิศรา จูมมาลี, ชารินี ศรีศักดิ์นอก. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2567]; 15(3): 15.
2. กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2567]; เข้าถึงได้จาก : <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?publish=15231&deptcode=dncd>



3. กรมควบคุมโรค. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertention). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52
4. กัญญา อภิพรชัยสกุล คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย. โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคนไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=49
5. กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=9702fa28cd2ec73ecc6af89d14f46874
6. ศตวรรษ อุดรศาสตร์, ถัดดา พลพุกหา, นิชพันธุ์ระวี เฟื่องพล และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2567]; 20(1): 14. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/261073/179016>
7. รัชณี วัฒนาเมธี, ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลประทาน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2567]; 4(3): 14.
8. กรมควบคุมโรค. ปฏิบัติการลดเสี่ยงป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2567]; เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/document/file/download/others/download1no310.pdf>
9. ปาณิสรา ส่งวัฒนาอุท, ภกพร กล่อมหอม, จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์. การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2567]; 31(4): 16.
10. อมรศักดิ์ ศรีวิลาส. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. ระบบเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=Nzk=>



11. สุพัตรา ลิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2567]; 47(2): 13.
12. เมธินี ศรีสวัสดิ์, กัลยา ถาวงค์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาข่าง ตำบลนาข่าง อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2567]; 8(2): 17.
13. พันจำเอก ทินณรงค์ เรทน. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2567]; เข้าถึงได้จาก : <https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/10761/1/FULLTEXT.pdf>
14. นายวัชร โอชะคลัง. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในชุมชนคลองลัดนางแท่น ตำบลท่าตลาด อำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://e-thesis.mcu.ac.th/thesis/4617>
15. บุญเลิศ จันทรหอม. ประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังแดง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการป้องกัน ควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2567]; 8(2): 16.
16. กันยิกา ชอว์. การสื่อสารสุขภาพชุมชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสุพรรณบุรี อุบลราชธานี และกาฬสินธุ์. วารสารปัญญาภิวัฒน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2567]; 15(2): 19.
17. ไชยยา จักรสิงโต. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2567]; เข้าถึงได้จาก : http://thesis.rru.ac.th/files/pdf/689_2018_11_21_092247.pdf
18. ไหมมูนิะ สังขาว, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2567]; 40(1): 17.



19. จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิรัช ทองแดง, พัชรินทร์ เนียมเกิด, จงจิตร ตันหาโพธิ์ประสิทธิ์. การมีส่วนร่วมของครอบครัว : กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2567]; 28(2): 11.
20. วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, กนกพรรณ พรหมทอง, มนตรี รักภักดี, กัญญา มุสิกษะณะ. การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการจัดการระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จังหวัดตรัง. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]; 17(1): 18.
21. อมรศักดิ์ ศรีวิลาส. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. นครปฐม. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]; เข้าถึงได้จาก : <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=Nzk=>
22. จัตรณรงค์ คงบารมี. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยง ต่อโรคความดันโลหิตสูง บ้านหนองเม็ก ตำบลด่านช้าง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]; 5(2): 14.
23. นิตยา กระจ่างแก้ว, บุญทิพย์ สิริธรรังสรรค์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2567]; 31(4): 10. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/download/12564/10417/20701>



**การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
ของครูงานอนามัยโรงเรียน ในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง”
พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.)**

**THE STUDY OF THE SITUATION AND FACTORS INFLUENCING ENVIRONMENTAL
HEALTH BEHAVIOR OF SCHOOL HEALTH TEACHERS IN HILLTRIBE THAI
COMMUNITY LEARNING CENTER “MAE FAH LUANG” IN REMOTE AREA**

Received: February 28, 2025

Revised: May 12, 2025

Accepted: June 06, 2025

ปรมาภรณ์ ม่วงปัทม^{1*}, ศุภวิทย์ อมรยุทธ์¹, ณัฐพงศ์ พลพงษ์¹,

วันเฉลิม ฤทธิมนต์¹, อภิชาติ วิทย์ตะ², อัญชลี ฐานวิสัย²

Paramaporn Muangpat^{1*}, Supawit Amornyout¹, Nattapong Polpong¹,

Wanchalerm Ritthimon¹, Apichat Vitta², Aunchalee Thanwisai²

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูงานอนามัยโรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 179 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี จำนวน 168 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.85 ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.46) และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านเพศ ($X^2 = 52.832$) ระยะเวลาในการเป็นครู ($r = 0.978^*$, p-value < 0.001) ความรู้ ($r = 0.854^*$, p-value < 0.001) และเจตคติ ($r = 0.973^*$, p-value < 0.001) ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาและป้องกัน รวมถึงวางแผนการดำเนินงานและพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อไป

คำสำคัญ: ครูงานอนามัยโรงเรียน, อนามัยสิ่งแวดล้อม, กพด.

¹ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ

Health Center for Ethnic Group, Marginal People and Migrant Worker

² ภาควิชาจุลชีววิทยาและปรสิตวิทยา คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Department of Microbiology and parasitology, Faculty of Medical Science, Naresuan University

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



Abstract

The descriptive study aims to investigate the situation and factors associated with environmental health behavior among 179 school health teachers at the Hilltribe Thai Community Learning Center "Mae Fah Luang" in remote area. Data were collected from September 2024 to February 2025 through questionnaires, evaluated using descriptive statistics, and associations were assessed through Chi-square and Pearson's correlation coefficient.

The result showed that the majority of the sample group, consisting of 168 individuals, exhibited good environmental health behavior (93.85%) ($\bar{X}$ = 4.40, S.D. = 0.46) and the factors influencing environmental health behavior that are statistically significant at the 0.05 level including sex ($X^2 = 52.832$), teaching experience ($r = 0.978^*$, p-value < 0.001), knowledge ($r = 0.854^*$, p-value < 0.001), and attitudes ($r = 0.973^*$, p-value < 0.001). The findings of this study can be applied to address and prevent environmental health issues, as well as to plan and develop future environmental health initiatives.

Keywords: School Health Teachers, Environmental Health, Remote area



บทนำ

แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีฉบับที่ 5⁽¹⁾ เป็นการเชื่อมต่อการพัฒนาเพื่อให้ เด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารได้รับการเตรียมพร้อม สามารถก้าวไปพร้อมๆ กับการเปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ประกอบด้วย 8 เป้าหมายหลักของการพัฒนา โดยกำหนดมุ่งเน้นส่งเสริม การพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร 51 จังหวัด ในปัจจุบัน (ปีการศึกษา 2567) มีสถานศึกษาที่ ดำเนินงานโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชน ตามพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระ เทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จำนวนทั้งสิ้น 902 แห่ง⁽²⁾

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ มีการดำเนินงานด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบ คือ ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” สังกัด กรมส่งเสริมการเรียนรู้ ซึ่งได้มุ่งเน้นเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ อันได้แก่ เป้าหมายหลักที่ 7 ขยายการพัฒนาจากโรงเรียนสู่ชุมชน มุ่งเน้นให้ชุมชนได้รับการพัฒนา โดยขยายการพัฒนาจากโรงเรียนเข้าไปในชุมชนผ่านเด็กนักเรียน ข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี ใน พ.ศ. 2554- 2563 พบว่า โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นโรคที่พบมากที่สุด โดยในช่วงมกราคม - เมษายน 2563 มีรายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง 271,933 ราย และโรคอาหารเป็นพิษ 25,640 ราย⁽³⁾ โรงเรียนที่ตั้งอยู่ใน ท้องถิ่นทุรกันดารพบปัญหาเบื้องต้น คือ มีการทิ้งขยะมูลฝอยไม่เป็นที่ ไม่มีการแยกขยะ และพบว่าวิธี ในการกำจัดขยะ ร้อยละ 80 ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน ห้องสุขาในโรงเรียนมีกลิ่นเหม็น และไม่สะอาด ความเพียงพอของน้ำดื่ม และความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของน้ำดื่ม และการดูแล ความสะอาดในโรงอาหาร⁽⁴⁾ ดังนั้น การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน จึงต้องอาศัยพฤติกรรม ของครูเป็นสำคัญ เนื่องจากครูมีความใกล้ชิดกับเด็กนักเรียน เป็นผู้มีอิทธิพล สามารถให้การดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มากที่สุด โดยการดำเนินงานในพื้นที่ของ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ พบว่า ในปัจจุบันยังคงมีปัญหการเข้าถึง น้ำสะอาดในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชน ในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) รวมถึงการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาทิ ด้านการจัดการขยะ ด้านการจัดการ ส้วมและสิ่งปฏิกูลในชุมชนพื้นที่สูง^(5,6)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูงานอนามัยโรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ ในการแก้ไขปัญหาและป้องกัน รวมถึงวางแผนการดำเนินงาน/พัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.)
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูงานอนามัยโรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.)

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้รูปแบบการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive Study) โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ครูงานอนามัยโรงเรียนในแต่ละศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดน่าน และจังหวัดตากทั้งสิ้น 281 แห่ง คิดเป็น ครู จำนวน 281 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่างจากการใช้ตารางกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่ และมอร์แกน⁽⁷⁾ โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างประชากรที่จะเก็บข้อมูล โดยจำแนกรายอำเภอ ในแต่ละจังหวัด และกระจายขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละอำเภอ ในแต่ละจังหวัด และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก และมีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างภายหลังการคำนวณ ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการไม่ครบถ้วนของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 179 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ เป็นครูที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ไม่น้อยกว่า 1 ปี ในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) และยินดีให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้จัดทำแบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (น้ำอุปโภคบริโภค/ขยะ/ส้วมและสิ่งปฏิกูล)



ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม (น้ำอุปโภคบริโภค/ขยะ/ส้วมและสิ่งปฏิกูล) ใช้แบบทดสอบชนิดถูก - ผิด เกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้คะแนน ข้อละ 1 คะแนน/ตอบ ผิด ให้คะแนน ข้อละ 0 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ บลูม⁽⁸⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวมต่ำกว่า 9 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60) คือ มีความรู้ระดับต่ำ คะแนนรวม 10-12 คะแนน (ร้อยละ 60-79) คือ มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนรวม 13-15 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) คือ มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านเจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม (น้ำอุปโภคบริโภค/ขยะ/ส้วมและสิ่งปฏิกูล) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) โดยดัดแปลงเกณฑ์การแปลผลใหม่ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์⁽⁹⁾ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ มีเจตติระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ มีเจตติระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ มีเจตติระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม (น้ำอุปโภคบริโภค/ขยะ/ส้วมและสิ่งปฏิกูล) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) โดยดัดแปลงเกณฑ์การแปลผลใหม่ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์⁽⁹⁾ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ มีพฤติกรรมในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ มีพฤติกรรมในระดับปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และได้มีการดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ผลค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item objective) เท่ากับ 0.90 จากนั้นนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จ และแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบด้านความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้สูตรของ Kuder - Richardson 20 ซึ่งค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และหาค่าความเชื่อมั่นด้านเจตคติ และด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดน่าน และจังหวัดตาก เพื่อขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม



2. ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และจัดส่งแบบสอบถามให้แก่กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัย

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปบนคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ที่ใช้ได้แก่ แจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: $\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) ค่าสูงสุด (Max.) และค่าต่ำสุด (Min.)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ที่ใช้ได้แก่ ค่าไคสแควร์ (Chi-Square Test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และเจตคติ กับพฤติกรรมการเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ของครูงานอนามัยโรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์จากค่า $r^{(10)}$ ดังนี้ ค่า r มีค่าตั้งแต่ 0.01 ถึง 0.09 มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก ค่า r มีค่าตั้งแต่ 0.10 ถึง 0.29 มีความสัมพันธ์กันต่ำ ค่า r มีค่าตั้งแต่ 0.30 ถึง 0.49 มีความสัมพันธ์กันปานกลาง ค่า r มีค่าตั้งแต่ 0.50 ถึง 0.69 มีความสัมพันธ์กันสูง และค่า r มีค่าตั้งแต่ 0.70 ถึง 1.00 มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย 1/2568 วันที่ 17 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างครูงานอนามัยโรงเรียนทั้งหมด 179 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.96 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 48.04 โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 32-42 ปี ร้อยละ 44.69 อายุเฉลี่ย คือ 41.08 ปี อายุน้อยที่สุด คือ 25 ปี และอายุมากที่สุด คือ 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.72 รองลงมา มีสถานภาพโสด ร้อยละ 26.82 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001-30,000 บาท ร้อยละ 84.36 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน คือ 20,420 บาท รายได้น้อยที่สุด คือ 9,000 บาท และรายได้มากที่สุด คือ 45,000 บาท มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.77 ตำแหน่งงานปัจจุบัน ส่วนใหญ่ คือ ครูอาสาสมัคร ร้อยละ



38.55 รองลงมา คือ ครู คศ. 1 (ครูและบุคลากรทางการศึกษา) ร้อยละ 37.99 มีระยะเวลาในการเป็นครูอยู่ในช่วง 19-27 ปี ร้อยละ 35.75 ระยะเวลาในการเป็นครูเฉลี่ย คือ 14.47 ปี ระยะเวลาในการเป็นครูน้อยที่สุด คือ 1 ปี และระยะเวลาในการเป็นครูมากที่สุด คือ 33 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.59 และเคยเข้าร่วมอบรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษา ร้อยละ 84.36

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค

สถานการณ์ด้านการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค ผลการศึกษา พบว่า แหล่งน้ำใช้และแหล่งน้ำดื่มส่วนใหญ่ คือ ประปาภูเขา คิดเป็นร้อยละ 89.94 รองลงมา คือ น้ำประปาผิวดิน คิดเป็นร้อยละ 5.03 โดยส่วนใหญ่ น้ำดื่ม/น้ำใช้ มีปริมาณเพียงพอต่อการใช้ตลอดทั้งปี คิดเป็นร้อยละ 67.60 และมีการปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนดื่มด้วยเครื่องกรองและการต้ม คิดเป็นร้อยละ 73.74 และ 13.97 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า ส่วนใหญ่มีการตรวจสอบ ร้อยละ 73.7 และทำความสะอาด ร้อยละ 75.98 แหล่งน้ำดิบ

การจัดการขยะ

สถานการณ์ด้านการจัดการขยะ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการลด คัดแยก และใช้ประโยชน์ขยะมูลฝอย คิดเป็นร้อยละ 80.45 และส่วนใหญ่มีจำนวนถังขยะเพียงพอต่อปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน คิดเป็นร้อยละ 72.63 ซึ่งส่วนใหญ่ถังขยะที่มีมีสภาพดี สะอาด ไม่ชำรุด มีฝาปิดมิดชิด ร้อยละ 50.84 สำหรับการวิธีการกำจัดขยะมูลฝอยในชุมชนที่พึงประสงค์ การเรียนฯ ส่วนใหญ่ครูจะเป็นผู้กำจัดขยะมูลฝอยด้วยตนเอง โดยการเทกอง/การเผากลางแจ้ง คิดเป็นร้อยละ 62.01

การจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล

สถานการณ์ด้านการจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล ผลการศึกษา พบว่า ส้วมในศูนย์การเรียนฯ สร้างมาแล้ว 1-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.70 รองลงมา คือ 10-18 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.91 ซึ่งส่วนใหญ่ชนิดของส้วมในศูนย์การเรียนฯ เป็นแบบนั่งยอง คิดเป็นร้อยละ 70.95 โดยส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาส้วมราดไม่ลง ร้อยละ 65.35 สำหรับการระบายน้ำที่ใช้อาบ หรือชักล้างจากห้องส้วมจะทำการปล่อยทิ้งลงรางระบายน้ำแล้วไหลซึมลงพื้นดิน ร้อยละ 43.58 และปล่อยน้ำทิ้งลงพื้นดิน ร้อยละ 39.66 นอกจากนี้ ในการจัดการน้ำเสียจากห้องครัว พบว่า มีรางระบายซึมลงดิน ร้อยละ 51.40 และเทลงใต้ถุนอาคารแล้วซึมลงดิน ร้อยละ 35.20

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับอนามัย พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง จำนวน 155 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.59 และมีระดับความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ใน



ระดับปานกลาง จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.41 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คือ 13.90 คะแนน คะแนนความรู้ต่ำที่สุด คือ 10.00 คะแนน และคะแนนความรู้มากที่สุด คือ 15.00 คะแนน

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ เจตคติด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับสูง จำนวน 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.41 ($\bar{X}=4.51$, S.D. = 0.44) เจตคติด้านน้ำอุปโภคบริโภค อยู่ในระดับสูง จำนวน 171 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.53 ($\bar{X}=4.51$, S.D. = 0.47) เจตคติด้านขยะ อยู่ในระดับสูง จำนวน 170 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.97 ($\bar{X}=4.56$, S.D. = 0.47) และเจตคติด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูล อยู่ในระดับสูง จำนวน 172 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.09 ($\bar{X}=4.60$, S.D. = 0.47) โดยค่าเฉลี่ยระดับเจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ 4.55 ค่าเฉลี่ยระดับเจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมต่ำที่สุด คือ 2.80 และค่าเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมมากที่สุด คือ 5.00

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูงานอนามัยโรงเรียน ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีจำนวน 168 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.85 ($\bar{X}=4.40$, S.D. = 0.46) พฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านน้ำอุปโภคบริโภค อยู่ในระดับดี จำนวน 166 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.74 ($\bar{X}=4.38$, S.D. = 0.50) พฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านขยะ อยู่ในระดับดี จำนวน 164 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.62 ($\bar{X}=4.31$, S.D. = 0.50) และพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูลอยู่ในระดับดี จำนวน 173 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.65 ($\bar{X}=4.48$, S.D. = 0.44) โดยค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมคือ 4.39 ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมต่ำที่สุด คือ 3.00 และค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมมากที่สุด คือ 5.00

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์การทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และเจตคติ กับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม

การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูงานอนามัยโรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ศาสนาหรือการนับถือ และการอบรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในสถานศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ($X^2 = 44.671, 19.231, 129.138, 49.057, 25.804$) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ($X^2 = 52.832$) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังตารางที่ 1

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม และเจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ของครูงาน



อนามัยโรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชน
ในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม แต่รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กันต่ำกับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัย
สิ่งแวดล้อม ($r = 0.38^*$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระยะเวลาในการเป็นครู
($r = 0.978^*$, $p\text{-value} < 0.001$) ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ($r = 0.854^*$, $p\text{-value} < 0.001$) และ
เจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ($r = 0.973^*$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์กันสูงมากกับพฤติกรรม
เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม กับเจตคติ
เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูงานอนามัยโรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง”
พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ
อนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กันสูงมากกับเจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ($r = 0.907^*$,
 $p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงค่าการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม
เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูงานอนามัยโรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนไทยภูเขา
“แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) ($n = 179$)

ปัจจัย	พฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูงานอนามัย โรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.)		
	X ²	p-value	แปลผล
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ	52.832	0.009	มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส	44.671	0.952	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	19.231	0.951	ไม่มีความสัมพันธ์
ตำแหน่งงาน	129.138	0.358	ไม่มีความสัมพันธ์
ศาสนาหรือการนับถือ	49.057	1	ไม่มีความสัมพันธ์
การเข้าร่วมอบรมด้านอนามัย			
สิ่งแวดล้อมในสถานศึกษา	25.804	0.731	ไม่มีความสัมพันธ์



ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม และเจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูงานอนามัยโรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) (n = 179)

ปัจจัย	พฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมของครูงานอนามัยโรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.)		
	r	p-value	แปลผล
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	-0.025	0.738	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยส่วนบุคคล			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.38*	<0.001	มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาในการเป็นครู	0.978*	<0.001	มีความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม	0.854*	<0.001	มีความสัมพันธ์
เจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม	0.973*	<0.001	มีความสัมพันธ์

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมกับเจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ของครูงานอนามัยโรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) (n = 179)

ปัจจัย	เจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม		
	r	p-value	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม	0.907*	<0.001	มีความสัมพันธ์

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค

จากการศึกษา พบว่า แหล่งน้ำใช้และแหล่งน้ำดื่มส่วนใหญ่ คือ ประปาภูเขา คิดเป็นร้อยละ 89.94 และ 85.47 ตามลำดับ สอดคล้องกับรายงานของศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ (2565)⁶ พบว่า พื้นที่โครงการพัฒนาและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (กพด.) มีแหล่งน้ำใช้และแหล่งน้ำดื่มส่วนใหญ่เป็นประปาภูเขา นอกจากนี้ ยังพบว่า มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนดื่มด้วยเครื่อง กรองและการต้ม คิดเป็นร้อยละ 73.74 และ 13.97 ตามลำดับ ซึ่งการปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนดื่มเป็นการป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ เช่น อุจจาระร่วง ฯ⁽¹¹⁾

การจัดการขยะ

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการลด คัดแยก และใช้ประโยชน์ขยะมูลฝอย คิดเป็นร้อยละ 80.45 สอดคล้องกับงานวิจัยของ เทียงธรรม อินแก้ว⁽¹²⁾ พบว่า พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในด้านการนำขยะมูลฝอยเศษวัสดุมาใช้ แปรรูปอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ขยะ Recycle สามารถนำมาขายได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการคัดแยกขยะ สำหรับวิธีการกำจัดขยะมูลฝอยส่วนใหญ่จะเป็นผู้กำจัดขยะมูลฝอยด้วยตนเอง โดยการเทกอง/การเผากลางแจ้ง คิดเป็นร้อยละ 62.01 ซึ่งการเทกอง/เผากลางแจ้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม⁽¹³⁾

การจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล

จากการศึกษา พบว่า การระบายน้ำที่ใช้อาบ หรือซักล้างจากห้องส้วมจะทำการปล่อยทิ้งลงรางระบายน้ำแล้วไหลซึมลงพื้นดิน ร้อยละ 43.58 และปล่อยน้ำทิ้งลง ร้อยละ 39.66 นอกจากนี้ ในการจัดการน้ำเสียจากห้องครัว พบว่า มีรางระบายซึมลงดิน ร้อยละ 51.40 และเทลงใต้ถุนอาคารแล้วซึมลงดิน ร้อยละ 35.20 ซึ่งการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อาทิ เช่น เป็นแหล่งเชื้อโรคและพยาธิ ส่งกลิ่นเหม็นก่อให้เกิดเหตุรำคาญ⁽¹⁴⁾

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ($X^2 = 52.832$) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ ภัทรารักษ์ พวงศรี และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า เพศ อายุ อาชีพ และพื้นที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับระดับทักษะด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ระยะเวลาในการเป็นครูมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ($r = 0.978^*$, $p\text{-value} < 0.001$)



ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากครุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ยังพบว่า มีความสัมพันธ์กันสูงมากกับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ($r = 0.854^*$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับแนวคิดของ Pirantaowad (2006)⁽¹⁶⁾ ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์ โดยจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์

เจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูล รองลงมา คือ ด้านน้ำอุปโภคบริโภค ด้านขยะ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า มีความสัมพันธ์กันสูงมากกับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ($r = 0.973^*$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นรา ระวาดชัย และคณะ (2565)⁽¹⁷⁾ พบว่า ทักษะด้านการจัดการสิ่งปฏิกูลของคณาจารย์จัดการสิ่งปฏิกูลอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่า ทักษะในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตตำบลท่าเยี่ยม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก⁽¹⁸⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ เทียงธรรม อินแก้ว (2563)⁽¹²⁾ พบว่า ทักษะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย ($r = 0.030$, $p\text{-value} = 0.554$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม

ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กันสูงมากกับเจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ($r = 0.907^*$, $p\text{-value} < 0.001$) ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ($r = 0.854^*$, $p\text{-value} < 0.001$) และเจตคติเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ($r = 0.973^*$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์กันสูงมากกับพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Singh and Malaviya (1994)⁽¹⁹⁾ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม รูปแบบที่ 4 ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม มีทักษะเป็นตัวกลางทำให้เกิดพฤติกรรมตามความรู้ นั้น หรือความรู้มีผลต่อทักษะก่อน แล้วพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทักษะนั้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ประกอบการวางแผนส่งเสริมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมสร้างเจตคติเชิงบวก และสนับสนุนทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงส่งเสริมนโยบายและมาตรการการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษา เพื่อให้ครูสามารถดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้อำนวยความสะดวกสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดน่าน ดาแกแม่ฮ่องสอน และเชียงใหม่ รวมถึงครูงานอนามัยโรงเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” พื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานโครงการสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สำนักพระราชวังสวนจิตรลดา. แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2569. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://drive.google.com/file/d/1yRARm-zUMBSL1IFGzg0XUZvT26HPR18M/view>
2. โครงการส่วนพระองค์สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. สถานศึกษาในโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชน ตามพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ประจำปีการศึกษา 2567. กรุงเทพฯ: สำนักพระราชวัง; 2567: 95.
3. ชัญญานุช เวียงแก้ว, พรเพชร ศักดิ์ศิริชัยศิลป์, เอมอร ชันมี. การศึกษาการจัดการคุณภาพน้ำบริโภครองโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://foodsai.anamai.moph.go.th/th/research/download?id=102160&mid=33861&mkey=m_document&lang=th&did=31386
4. สมเจตน์ ทองคำ, จิราภรณ์ หลาบคำ, ถักณีย์ บุญขาว. การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน กองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 22 อุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2558; 17: 37-49.
5. ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ. รายงานการสำรวจข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมทุกกลุ่มวัย พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน 2564.
6. ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ. รายงานการสำรวจข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่โครงการพัฒนาและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (กพด.). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://hhdc.anamai.moph.go.th/th/pa2565-1-11/download?id=89777&mid=35763&mkey=m_document&lang=th&did=27691



7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; 30(3): 607-10.
8. Bloom BS. Taxonomy of education objective, Handbook I: Cognitive domain. Binghamton (NY): David McKay Company; 1976.
9. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
10. Davies IK. The management of learning. London: McGraw-Hill; 1971.
11. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กองสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มในโรงเรียน สำหรับนักเรียนแกนนำ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
12. เทียงธรรม อินแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนอำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา. *Thaksin University Journal of Health Science* 2563; 2(2): 23-34.
13. กิตติ ชยางกุล. ผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการจัดการขยะมูลฝอย: ศึกษากรณีการจัดการขยะ มูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองสาม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย* 2553: 154-165
14. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลที่มีประสิทธิภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://env.anamai.moph.go.th/web-upload/11xc410600758f76a9b83604e779b2d1de5/filecenter/kpi/68/waste/GuidelinesWasteDisposalSystems.pdf>
15. ภัทธภรณ์ พวงศรี, เบญจวรรณ ธวัชสุภา, สุนิษา มะลิวัลย์, สุชาสินี จันส่ง, วิษณุ ศรีวิไล. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะและพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก : <https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/228689>
16. Pirantaowad O. Communication for persuasion. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006.
17. นรา ระวาดชัย, ทิวากรณ์ ราชูธร, พัทรี ศรีฤดา, ตรีณี อินทร์ธำแสง, วลัยลักษณ์ ราชวงศ์, สุภาณิชา ศรีวิไล. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการสิ่งปฏิกูลของคณงานจัดการสิ่งปฏิกูลในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย* 2565; 17(60): 82-90.
18. กนกวรรณ ศรีมณี, โชติ บัณฑิตรัฐ. การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตตำบลท่าเยี่ยม อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร. *Journal of Modern Learning Development* 2565; 7(5): 166-178.
19. Singh YN, Malaviya AN. Long distance truck drivers in India: HIV infection and their possible role in disseminating HIV into rural areas. *Int J STD AIDS* 1994; 5: 137-138.



ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

FACTORS AFFECTING SELF-CARE BEHAVIORS OF ELDERLY WITH TYPE 2 DIABETES IN PHAYUHA SUBDISTRICT, PHAYUHA KHIRI DISTRICT, NAKHON SAWAN PROVINCE

Received: February 04, 2025

Revised: May 03, 2025

Accepted: June 09, 2025

สายฝน แนวสุภาพ¹, ศศิมา กันณาลักษ์¹, สรัญญา กลัดนุ้ม¹,

อรุณวดี ทองบุญ¹, นริศรา ชาญณรงค์^{1*}

Saifon Neawsupap¹, Sasima Kannalak¹, Saranya Klatnum¹,

Arunwadee Thongboon¹, Narissara Channarong^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 198 คน คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Chi-Square test, Independent t-test และ ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.47 ปัจจัยด้านระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น ควรนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อกำหนดแนวทางในการวางแผน และดำเนินกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Nakhon Sawan Rajabhat University

*Corresponding author E-mail: Narissara.c@nsru.ac.th



Abstract

This study was a cross-sectional study. The study aimed to examine self-care behaviors and factors affecting self-care behaviors of elderly with Type 2 diabetes in Phayuha Subdistrict, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province. The sample consisted of 198 people. The data were collected with a self-care behavior questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Chi-Square test, Independent t-test, and ANOVA.

The results showed that most of the sample group had moderate self-care behavior 47.47%. Factors of educational level, perceived risk of diabetes complications, perceived severity of diabetes, perceived benefits of following the advice of public health officials, and interpersonal influence were related to self-care behavior at the 0.05 level of statistical significance. In addition, the differences in self-care behavior among the elderly with type 2 Diabetes found that the perceived severity of diabetes, perceived benefits of following the advice of public health officials, and interpersonal influence have differences in self-care behavior at the 0.05 level of statistical significance.

Therefore, the information should be planned to determine operational guidelines for elderly people with diabetes. As a result, the elderly will continue to have correct and appropriate healthcare behaviors for themselves.

Keywords: Elderly, Self-care behavior, Type 2 diabetes



บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด⁽¹⁾ จากฐานข้อมูล Health Data Service Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ ในปี 2564, 2565 และ 2566 คิดเป็น 820.93, 537.25, และ 866.15 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ⁽²⁾ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน⁽³⁾ จากรายงานข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ปีงบประมาณ 2566 อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงที่สุด คือ อำเภอพยุหะคีรี ร้อยละ 12.53 รองลงมา ได้แก่ อำเภอนครสวรรค์ และอำเภอตากฟ้า ร้อยละ 11.59 และ 10.92 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุของอำเภอพยุหะคีรี มากที่สุด คือ ตำบลนิคมเขาบ่อแก้ว คิดเป็นร้อยละ 30.72 รองลงมา ได้แก่ ตำบลพยุหะ และตำบลเขาทอง คิดเป็นร้อยละ 30.36 และ 28.93 ตามลำดับ โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลพยุหะมีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 507 คน และในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 542 คน ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.46⁽⁴⁾ จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้น

การเกิดโรคเบาหวานมีปัจจัยที่สำคัญ คือ กรรมพันธุ์ และความอ้วน ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานเกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีพอ ส่งผลทำให้มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต เบาหวานขึ้นตา แผลที่เท้า เป็นต้น โดยปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้จ่ายเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการความเครียด ซึ่งนับเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกในปัจจุบัน โดยถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้เสี่ยงเกิดความเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูงขึ้น การส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา จะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป⁽⁵⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับแนวทางในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปัจจัยสิ่งชักนำ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Research) ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 327 คน ข้อมูลจากองค์การบริหารส่วนตำบลพยุหะ จ.นครสวรรค์ ณ วันที่ 8 มกราคม พ.ศ.2567 เกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาศัยในพื้นที่ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ และเป็นผู้เต็มใจและยินยอมให้ข้อมูลโดยสมัครใจ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ ทาโร่ ยามาเน่⁽⁶⁾ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} = \frac{327}{1 + 327(0.05)^2}$$
$$= 179.9 \approx 180 \text{ คน}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 198 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลาก



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยร่วม แบ่งออกเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนักและส่วนสูง ระดับการศึกษา ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะแทรกซ้อน ระดับน้ำตาลในเลือด และโรคร่วม และตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ถูก และผิด โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยใช้แบบอิงเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom⁽⁷⁾ แบ่งระดับความรู้ฯ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (0.80-1.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (0.60-0.79 คะแนน) และระดับต่ำ (0.00-0.59 คะแนน)

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ และตอนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ แต่ละตอนใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยใช้แบบอิงเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom⁽⁷⁾ แบ่งระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแต่ละตอนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (4.00-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (3.00-3.99 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00-2.99 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสิ่งชักนำ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 การรับได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ และตอนที่ 2 อิทธิพลระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ เคย และไม่เคย คะแนนเต็ม 1 คะแนน โดยระดับปัจจัยสิ่งชักนำแต่ละตอน ผู้วิจัยใช้แบบอิงเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom⁽⁷⁾ แบ่งระดับเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (0.80-1.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (0.60-0.79 คะแนน) และระดับต่ำ (0.00-0.59 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คะแนนเต็ม 3 คะแนน โดยระดับพฤติกรรมฯ ผู้วิจัยใช้แบบอิงเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Bloom⁽⁷⁾ แบ่งระดับเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (2.40-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.80-2.39 คะแนน) และระดับต่ำ (0.00-1.79 คะแนน)



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item- Objective Congruence) มีค่าดัชนีความสอดคล้องกันอยู่เท่ากับ 1.00 จากนั้นทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลเขาทอง อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่ทำการศึกษ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริงด้วยวิธีการทางสถิติโดยการหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha coefficient) โดยแบบสอบถามได้ทำการหาค่าความเชื่อมั่น พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ปัจจัยสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.804, 0.828, 0.714 และ 0.726 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยสิ่งชักนำ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยสิ่งชักนำ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติไคสแควร์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปัจจัยสิ่งชักนำ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยใช้สถิติ Independent t-test และ ANOVA ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2567 ใบบรรองโครงการวิจัย NSRU-EP-012/67 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการทำการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การทำแบบสอบถาม



เป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบคำถาม และมีสิทธิปฏิเสธการทำแบบสัมภาษณ์ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยนำเสนอในลักษณะกลุ่ม ผู้วิจัยจะไม่กระทำการใดๆ ที่เป็นอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.15 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 59.59 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 46.97 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน ระดับ 1 (25-29.9 กก./ม²) ร้อยละ 34.34 ส่วนใหญ่ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง (≥ 126 มก./ดล.) ร้อยละ 65.15 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ร้อยละ 72.22 แต่ส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 89.39 ได้แก่ โรคหัวใจ ร้อยละ 91.92 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.84 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 69.70 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 52.02 ทั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.16 ($\bar{X}=0.80$, S.D.= 0.13)

2. ปัจจัยการรับรู้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.26 ($\bar{X}=4.25$, S.D.= 0.49) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.12 ($\bar{X}=4.12$, S.D.= 0.59) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.94 ($\bar{X}=4.42$, S.D.= 0.47) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.88 ($\bar{X}=3.56$, S.D.= 0.78)

3. ปัจจัยสิ่งชักนำ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.62 ($\bar{X}=0.89$, S.D.= 0.15) และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.40 ($\bar{X}=0.93$, S.D.= 0.14)

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.47 รองลงมา ได้แก่ ระดับสูง ร้อยละ 40.91 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.62 ตามลำดับ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 ± 0.35

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยรวม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยสิ่งชักนำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ 1) ปัจจัยรวม ได้แก่ ระดับการศึกษา ($\chi^2=21.018$, p-value = 0.050) ปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ($\chi^2=11.81$, p-value = 0.003) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน



($\chi^2 = 10.43$, p-value = 0.034) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\chi^2 = 18.35$, p-value < 0.001) และปัจจัยสิ่งชักนำ ได้แก่ ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล ($\chi^2 = 22.32$, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยสิ่งชักนำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ (n = 198)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ			χ^2	p-value
	ระดับสูง (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ)	ระดับต่ำ (ร้อยละ)		
ปัจจัยร่วม					
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2				4.848	0.303
- ระดับต่ำ	1 (0.51)	5 (2.52)	2 (1.01)		
- ระดับปานกลาง	21 (10.60)	31 (15.66)	7 (3.54)		
- ระดับสูง	59 (29.80)	58 (29.29)	14 (7.07)		
ระดับการศึกษา				21.018	0.050*
- ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ	10 (5.05)	7 (3.53)	0 (0.00)		
- ประถมศึกษาตอนต้น	32 (16.16)	47 (23.74)	14 (7.07)		
- ประถมศึกษาตอนปลาย	11 (5.55)	21 (10.61)	2 (1.01)		
- มัธยมศึกษาตอนต้น	11 (5.55)	9 (4.55)	0 (0.00)		
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10 (5.05)	5 (2.52)	2 (1.01)		
- ปวส./เทียบเท่า	2 (1.01)	1 (0.50)	2 (1.01)		
- ปริญญาตรี	5 (2.52)	4 (2.02)	3 (1.52)		
ปัจจัยการรับรู้					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน				11.81	0.003*
- ระดับปานกลาง	15 (7.58)	20 (10.10)	12 (6.06)		
- ระดับสูง	66 (33.33)	74 (37.37)	11 (5.56)		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน				10.43	0.034*
- ระดับต่ำ	0 (0.00)	3 (1.52)	0 (0.00)		
- ระดับปานกลาง	25 (12.63)	33 (16.66)	14 (7.07)		
- ระดับสูง	56 (28.28)	58 (29.29)	9 (4.55)		
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				18.35	<0.001*
- ระดับปานกลาง	3 (1.51)	3 (1.51)	6 (3.04)		
- ระดับสูง	78 (39.40)	91 (45.96)	17 (8.58)		



ปัจจัย	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ¹			χ^2	p-value
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
ปัจจัยสิ่งชักนำ					
ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล				22.32	<0.001*
- ระดับต่ำ	0 (0.00)	3 (1.52)	0 (0.00)		
- ระดับปานกลาง	2 (1.02)	7 (3.53)	7 (3.53)		
- ระดับสูง	79 (39.89)	84 (42.42)	16 (8.08)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตาม เพศ อายุ ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยสิ่งชักนำ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลที่ต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.049, p-value = 0.037 และ p-value < 0.001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 และดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกปัจจัยการรับรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n = 198)

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ปัจจัยการรับรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ระดับปานกลาง	12	1.75	0.87	2.98	0.037*
	ระดับสูง	186	2.33	0.64		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่ 3 ความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำแนกตามปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยสิ่งชักนำ (n = 198)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	F	p-value
ปัจจัยการรับรู้ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	ระดับต่ำ	3	2.00	0.00	3.06	0.049*
	ระดับปานกลาง	72	2.15	0.73		
	ระดับสูง	123	2.38	0.62		
ปัจจัยสิ่งชักนำด้านการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล	ระดับต่ำ	3	2.00	0.00	8.19	<0.001*
	ระดับปานกลาง	16	1.69	0.70		
	ระดับสูง	179	2.35	0.63		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ภาวรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยสิ่งชักนำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ 1) ปัจจัยร่วม ได้แก่ ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 21.018$, p-value = 0.050) ปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ($\chi^2 = 11.81$, p-value = 0.003) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ($\chi^2 = 10.43$, p-value = 0.034) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\chi^2 = 18.35$, p-value < 0.001) และปัจจัยสิ่งชักนำ ได้แก่ ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล ($\chi^2 = 22.32$, p-value < 0.001) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่ ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.049, p-value = 0.037 และ p-value < 0.001) ตามลำดับ



อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์⁽⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สันติภาพ โพธิมา และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ตำบลสี้อ อำเภออุ้มผาง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาไม่มากนัก แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ มีการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่ว การรับรู้ยังดี แต่เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการดูแลตนเองจะทำได้ยากขึ้น เนื่องจากการหลั่งอินซูลินของเซลล์เบต้าในตับอ่อนจะลดลงและมีภาวะดื้ออินซูลินตามมา ผนวกกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แต่ส่วนใหญ่มิโรคร่วม ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการในการดูแลตนเองได้ดี⁽²⁾ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนเมือง แต่มีโรงพยาบาลใกล้บ้าน เมื่อมีข้อสงสัยหรือต้องเข้ารับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถซักถามข้อมูลได้ตลอดเวลา และได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สม่ำเสมอ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการรับประทานยาได้

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีช่วงระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน จึงมีโอกาที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่คล้ายกัน โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 46.97 และประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 17.17 ผนวกกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 59.59 มีข้อจำกัดในการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพส่งผลให้ความสามารถด้านการรับรู้ การทบทวนสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การวางแผน การกำหนดแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้ถึงเป้าหมายที่ต้องการ การกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติในครั้งถัดไปและการทบทวนการปฏิบัติเป็นระยะๆ มีข้อจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา ลิ้มถิน⁽⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดพังงา พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน



ของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวาน และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายต่างๆ และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย ภูมิพงษ์⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยสิ่งชักนำ ได้แก่ ได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากสมาชิกในครอบครัว คนใกล้ชิด และบุคลากรด้านสุขภาพ ล้วนเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยจะแสดงออกในลักษณะของการกระตุ้นเตือน ขกย่องชมเชย ให้กำลังใจ คำหิตเตือน สนับสนุนทรัพยากรในการดูแลตนเอง คอยส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างดูแลสุขภาพ หากิจกรรมผ่อนคลายเครียด ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวีระศักดิ์ ดำรงพงษ์⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน และการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณก นาเครือ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตาม เพศ อายุ ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยสิ่งชักนำ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของ



ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับสูง อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ของความรุนแรงของโรคเบาหวานจากบุคลากรด้านสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวในการดูแลกระตุ้น และติดตามการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการรับประทานยา ทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม จึงทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

สถานบริการสุขภาพหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล ไปประยุกต์ใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อเป็นการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัย พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงควรศึกษาข้อมูลเชิงลึกเพื่อค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในด้านอื่นๆ และควรมีการนำผลการศึกษาที่ได้ นำไปศึกษาในรูปแบบวิจัยและพัฒนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ และ โรงพยาบาล พยุหะคีรี ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์



เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. โรคเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmtthai.org/new/>
2. พวงเงิน พานทอง. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2567; 8(16): 86-96.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_view
4. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. กลุ่มรายงานมาตรฐาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/nsn/public/main>
5. ปัทมา ลิมถิน, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี, อลงกรณ์ เปกาตี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปทุมภูมิและสาธารณสุข 2566; 1(2): 70-84.
6. Yamane, T. Statistics: An Introductory Analysis^{2nd} Edition, Harper and Row, New York: 1967.
7. Bloom, Benjamin S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
8. วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2565; 16(2): 51-63.
9. สันติภาพ โพธิมา, สุพัฒน์ กองศรีมา, พิรุณธ แสงศรีสุ, ณัฐพร นิจธรรมสกุล, ภูวนาส ศรีสุธรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ตำบลสี้อ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2567; 32(2): 175-185.
10. อภิชัย คุณิพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. วารสารกรมการแพทย์ 2561; 43(3): 101-107.
11. กรกนก นาเครือ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2567; 47 (ฉบับที่เพิ่มเติม): S84-S100.



การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมทันตสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุประเทศไทย

ORAL HEALTH LITERACY, DENTAL HEALTH BEHAVIORS, AND ORAL HEALTH- RELATED QUALITY OF LIFE AMONG THAI ELDERLY

Received: March 19, 2025

Revised: June 04, 2025

Accepted: June 11, 2025

ณัฐมนันท์ ศรีทอง^{1*}, พัชรวรรณ สุขุมาลิน², ปางพุฒิพงษ์ เหมมณี¹
Nutmanussanun Srithong^{1*}, Patcharawan Sukhumalind², Pangputipong Hemmanee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมทันตสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุไทย (อายุ 60-79 ปี) และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้การวิจัยภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3,544 คน จาก 8 จังหวัด ได้แก่ สุพรรณบุรี สระแก้ว น่าน สุโขทัย เลย ชัยภูมิ สงขลา และระนอง เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบสมมติฐานด้วย Pearson's correlation และ Multiple regression analysis

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ ร้อยละ 36.96 มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร และเพียงร้อยละ 28.84 เท่านั้นที่เคยไปพบทันตแพทย์ภายใน 1 ปี ผลการทดสอบสมมติฐานชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก (p-value < 0.05)

ข้อเสนอแนะ การวิจัยนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมทันตสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จึงควรส่งเสริมสร้างความตระหนัก เจตคติที่ดี และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง นอกจากนี้ จำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมทันตสุขภาพ

¹ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

Bureau of Dental Health, Department of Health

² โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

Siriraj Piyamaharajkarun Hospital

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



Abstract

This study aimed to (1) assess oral health literacy, oral health behaviors, and oral health-related quality of life among Thai older adults aged 60–79; and (2) investigate the relationships between demographic characteristics, oral health behaviors, and oral health-related quality of life. Using cross-sectional research, a sample of 3,544 people from 8 provinces was randomly selected: Suphan Buri, Sa Kaeo, Nan, Sukhothai, Loei, Yasothorn, Songkhla and Ranong. Data were collected by questionnaires and analyzed using descriptive statistics and hypothesis testing using Pearson's correlation and Multiple regression analysis.

The study found that older adults had insufficient oral health literacy; 36.96% experienced difficulty chewing; and only 28.84% had visited a dentist within the past year. Hypothesis testing revealed that both oral health literacy and oral health behaviors were significantly associated with oral health-related quality of life ($p\text{-value} < 0.05$)

Recommendation: This research, Oral health literacy and oral health behaviors play a crucial role in the oral health-related quality of life of older adults. Therefore, it is imperative to promote awareness, cultivate positive attitudes, and support correct oral hygiene practices. Additionally, implementing community-based oral health education programs for older adults is essential to further enhance their quality of life.

Keywords: Oral health literacy, Oral Health-Related Quality of Life, Elderly, Dental Health Behaviors



บทนำ

การมีสุขภาพช่องปากที่ดีมีความสำคัญกับทุกวัย และยิ่งสำคัญเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพราะฟันของผู้สูงอายุที่เหลืออยู่มีการเปลี่ยนแปลงจากการใช้งานมายาวนาน หรือมีโรคที่เป็นมาตั้งแต่ก่อนถึงวัยสูงอายุ เช่น ฟันผุ โรคปริทันต์ รวมถึงมีการสูญเสียฟัน เกิดช่องว่าง ทำให้การดูแลรักษาความสะอาดทำได้ยากกว่าฟันทั่วๆ ไป การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะปากและฟันที่สะอาดจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย ไม่เจ็บปวด ไม่มีกลิ่นปาก กินอาหารได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า สุขภาพช่องปากที่ดีช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมโรคเรื้อรัง (NCD) โดยเฉพาะโรคเบาหวานได้ด้วย⁽¹⁾ แต่อย่างไรก็ดีผลสำรวจสถานะทันตสุขภาพระดับประเทศ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้สูงอายุ 60-74 ปี กว่าร้อยละ 70 มีปัญหาสภาวะปริทันต์ โดยอาการที่พบมากที่สุด คือ เหงือกอักเสบ ร้อยละ 74.3 ซึ่งผลสำรวจยังพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 66.2 ไม่เคยรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา และมีเพียงร้อยละ 37.2 เท่านั้นที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฟันอย่างเหมาะสมเป็นประจำ ซึ่งผลกระทบของปัญหาสุขภาพฟันนี้ นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุต้องสูญเสียฟันแล้วยังกระทบต่อความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารที่ลดลง ทำให้ไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอเมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็ทำให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายทำได้ยากขึ้น⁽²⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงปัญหาทางทันตสาธารณสุขในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องใส่ใจ และเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล เพราะในทางปฏิบัติแล้วโรคในช่องปากสามารถป้องกันได้ ถ้ามีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง รวมทั้งการได้รับบริการ โดยเฉพาะการตรวจ ส่งเสริม ป้องกันที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) มีการตรวจคัดกรองและตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อการคงสภาพการมีสุขภาพฟันที่ดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽³⁾ แต่อย่างไรก็ดีในการที่จะวางแผนการดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมนั้น ปัจจัยสำคัญที่ต้องมี คือ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมถูกต้องมากขึ้น ดังนั้นจึงทำการศึกษาเรื่อง “การประเมินความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมทันตสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุประเทศไทย” โดยเป็นการศึกษาถึง 1) ความรอบรู้ทางทันตสุขภาพ ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ คิดวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลเกี่ยวกับทันตสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และนำข้อมูลไปปฏิบัติจริงในชีวิตเพื่อให้ตัวเองมีทันตสุขภาพที่ดี 2) พฤติกรรมทันตสุขภาพ ซึ่งหมายถึง การกระทำที่ส่งผลต่อทันตสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นปกติในชีวิตประจำวันหรือกระทำเป็นประจำสม่ำเสมอ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การทำความสะอาดช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปาก และ 3) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก หมายถึง



สภาวะของช่องปากที่ส่งผลให้บุคคลมีความอยู่ดีมีสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ถือเป็นดัชนีชี้วัดทางทันตสังคมที่แสดงถึงผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวัน⁽⁴⁾ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะทำให้ทราบถึงความรอบรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) รายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชากรเป็นผู้มีอายุ 60-79 ปี ทั่วประเทศ 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จากข้อมูลทางสถิติของจำนวนประชากรสัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน แยกอายุทั่วประเทศ ณ เดือนธันวาคม 2565 จากระบบสถิติทางการทะเบียน ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง⁽⁵⁾ พบว่า ประเทศไทยมีประชากรในกลุ่มอายุ 60-79 ปี จำนวน 10,863,737 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง สำหรับการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างจากการประมาณค่าสัดส่วน⁽⁶⁾ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการศึกษาที่ 3,544 คน

3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นลำดับชั้น เริ่มจากสุ่มเลือกจังหวัดตัวแทนแต่ละภูมิภาคด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากภูมิภาคละ 2 จังหวัด ได้จำนวน 8 จังหวัด เมื่อได้จังหวัดแล้ว จะสุ่มเลือกจังหวัดละ 2 อำเภอ ด้วยวิธีการจับสลากแล้วสุ่มเลือกตำบลในอำเภอนั้น 2 ตำบล กำหนดเป็นพื้นที่เก็บข้อมูลในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล ในอำเภอที่สุ่มได้ ด้วยวิธีการจับสลากจากนั้น สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่



ไม่น้อยกว่า 6 เดือน อ่านออกเขียนได้ ไม่มีภาวะพึ่งพิง (ADL ไม่รวมติดบ้าน ติดเตียง) สามารถอยู่ตอบแบบสอบถามได้ตลอดการสัมภาษณ์ โดยมีผู้ประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ได้จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว (Check list)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก คะแนนเต็ม 17 คะแนน 2) ความสามารถในการอ่าน เข้าใจและแปลภาษา โดยให้ดูรูปของยาในโจทย์ คะแนนเต็ม 10 คะแนน และ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก คะแนนเต็ม 48 คะแนน นามาหาร 4 อีกครั้ง โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวม 3 ด้าน มีดังนี้⁽⁷⁾

คะแนนเฉลี่ย 0.00- 32.50 คะแนน คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ

คะแนนเฉลี่ย 32.51- 34.74 คะแนน คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพียงพอ

คะแนนเฉลี่ย 34.75- 39.00 คะแนน คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากดีเยี่ยม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) โรคประจำตัว 2) ปัญหาในการเคี้ยวอาหาร 3) ปัญหาเนื้อเยื่อช่องปาก 4) ปัญหาช่องปาก 5) ความพึงพอใจในช่องปาก 6) ความพึงพอใจในบริการของสาธารณสุข 7) ประวัติการทันตแพทย์ และ 8) พฤติกรรมการแปรงฟัน ลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว (Check list)

ส่วนที่ 4 แบบสำรวจคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14 Thai) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Scale จำนวน 14 ข้อ คะแนนรวม 14 ข้อ⁽⁸⁾ โดยมีคะแนนรายข้อต่ำสุดที่ 0 คะแนน และสูงสุดที่ 4 คะแนน ดังนั้น คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 56 คะแนน โดยการเกณฑ์การแปลค่าคะแนน⁽⁹⁾ โดยแบ่งช่วงของค่าคะแนน ดังนี้

0.00-1.33 คะแนน คือ มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ

1.34-2.67 คะแนน คือ มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง

2.68- 4.00 คะแนน คือ มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบในการสร้างแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้เรียบเรียงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อขอ



คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขและเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงแล้วไปทดสอบก่อนเก็บข้อมูลจริง โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรง จะทำการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (index of item objective congruency) ดัชนีความสอดคล้อง 0.5 ขึ้นไป ซึ่งพบว่าข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปในทุกข้อ จึงสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics Analysis) โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และนำเสนอข้อมูลในตารางเพื่ออธิบายเบื้องต้นเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Statistical Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน คือ

2.1 สถิติ Pearson correlation coefficient โดยเกณฑ์การจัดระดับค่าความสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์มีรายละเอียดดังนี้⁽¹⁰⁾

ค่าสหสัมพันธ์	0.20 หรือต่ำกว่า	หมายถึง	มีระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก
ค่าสหสัมพันธ์	0.21-0.40	หมายถึง	มีระดับความสัมพันธ์ต่ำ
ค่าสหสัมพันธ์	0.41-0.60	หมายถึง	มีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์	0.61-0.80	หมายถึง	มีระดับความสัมพันธ์สูง
ค่าสหสัมพันธ์มากกว่า 0.80		หมายถึง	มีระดับความสัมพันธ์สูงมาก

2.2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Ethics committee : EC) โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 602 กรมอนามัย โดยมีระยะเวลาการรับรองตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 2 เมษายน 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอโดยภาพรวม การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 3,544 คน ข้อมูลทั่วไป พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 66.70 เพศชาย ร้อยละ 33.30 อายุเฉลี่ย 66.70 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.71 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับคู่สมรส บุตรหลาน ร้อยละ 34.93 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.44 ในการไปพบหมอพื้นใน 12 เดือน ไม่เคยไป ร้อยละ 57.95 เคยไป ร้อยละ 28.84

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวม เท่ากับ 30.19 ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับไม่เพียงพอ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากพื้นฐานมากที่สุด โดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.68 จากคะแนนเต็ม 17 คะแนน รองลงมา คือ มีความสามารถในการอ่าน เข้าใจและแปลภาษา โดยได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.19 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน และที่น้อยที่สุด คือ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.38 จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวสูงถึงร้อยละ 60.44 และเป็นผู้ที่มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 36.96 มีปัญหาช่องปาก ร้อยละ 43.71 โดยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในช่องปากของตนเอง ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 59.90 มีความพึงพอใจในการให้บริการของสาธารณสุขอยู่ในระดับมากร้อยละ 62.67 และพบว่า ใน 1 ปี มีการเคยไปพบหมอพื้นเพียงร้อยละ 28.84 และไม่เคยไปพบสูงถึงร้อยละ 57.95 บางส่วนจำไม่ได้ ร้อยละ 13.21

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบประเมิน OHIP-14

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุคะแนนมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.72$, S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ด้านความเจ็บปวดทางกายภาพมากที่สุด โดยคะแนนที่พบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.80$, S.D. = 0.85) รองลงมา คือ ด้านการสูญเสียความสามารถทางกายภาพ โดยคะแนนที่พบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.62$, S.D. = 0.03) และที่พบน้อยที่สุด คือ ด้านความด้อยโอกาสทางสังคม โดยคะแนนที่พบอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 0.69$, S.D. = 0.40)

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ ได้แก่ เขตพื้นที่อาศัย เพศ



อายุ การศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า 1) โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยความสัมพันธ์ที่พบเป็นเชิงบวก และมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 2) ปัญหาในการเคี้ยวอาหาร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยความสัมพันธ์ที่พบเป็นเชิงบวก และมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 3) ปัญหาเนื้อเยื่อช่องปาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยความสัมพันธ์ที่พบเป็นเชิงบวก และมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 4) ปัญหาช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 5) ความพึงพอใจในช่องปาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยความสัมพันธ์ที่พบเป็นเชิงบวก และมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 6) ความพึงพอใจในช่องปาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยความสัมพันธ์ที่พบเป็นเชิงบวก และมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก 7) ประวัติการพบทันตแพทย์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยความสัมพันธ์ที่พบเป็นเชิงบวก และมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 8) พฤติกรรมการแปรงฟัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยความสัมพันธ์ที่พบเป็นเชิงบวก และมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ข้อมูล สุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ	OHL		p-value
			$\bar{X}$	S.D.	
โรคประจำตัว					
ไม่เคยตรวจ	163	4.60	29.12	4.10	0.001*
ไม่มี	1,239	34.96	30.07	4.05	
มี	2,142	60.44	30.34	4.34	
ปัญหาในการเคี้ยวอาหาร					
ไม่มีปัญหา	2,234	63.04	30.38	4.28	0.000*
มีปัญหา	1,310	36.96	29.86	4.15	



ข้อมูล สุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ	OHL		p-value
			$\bar{X}$	S.D.	
ปัญหาเนื้อเยื่อช่องปาก					
ไม่มี	3,406	96.11	30.27	4.20	0.006*
ไม่รู้	138	3.89	28.25	4.66	
ปัญหาช่องปาก					
ไม่มีปัญหา	1,995	56.29	30.28	4.24	0.146
มีปัญหา	1,549	43.71	30.07	4.24	
ความพึงพอใจในช่องปาก					
ไม่พอใจ	325	9.17	29.68	4.22	0.000*
พอใจปานกลาง	1,096	30.93	29.33	3.99	
พอใจมาก	2,123	59.90	30.71	4.29	
การให้บริการของสาธารณสุข					
ไม่พอใจ	291	8.21	29.63	4.44	0.000*
พอใจปานกลาง	1,032	29.12	29.41	4.08	
พอใจมาก	2,221	62.67	30.63	4.22	
ประวัติการพบทันตแพทย์					
จำไม่ได้	468	13.20	29.24	3.92	0.000*
ไม่เคยไป	2,054	57.96	29.95	4.25	
เคยไป	1,022	28.84	31.12	4.21	
พฤติกรรมกรรมการแปรงฟัน					
ไม่เคยแปรงฟัน	75	2.11	30.67	4.28	0.004*
แปรง 1 ครั้ง/วัน	158	4.46	29.12	4.55	
แปรง >=2 ครั้ง/วัน	3,311	93.43	30.23	4.22	
โดยรวม	3,544	100.00	31.19	4.24	

ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมทันตสุขภาพ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมทันตสุขภาพ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุประเทศไทย โดยพบว่า 1) ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุประเทศไทยมากที่สุด ($\beta = 0.47$) โดยอิทธิพลที่พบเป็นเชิงบวก กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากมากขึ้นตามไปด้วย



2) พฤติกรรมทันตสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ประเทศไทยมากเป็นอันดับ 2 ($\beta = 0.45$) โดยอิทธิพลที่พบเป็นเชิงบวก กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมทันตสุขภาพเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากมากขึ้นตามไปด้วย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรพยากรณ์ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมทันตสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุประเทศไทย โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis)

ตัวแปร	<i>B</i>	β	<i>S.E.</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	0.48	0.47	0.04	10.01	0.001*
พฤติกรรมทันตสุขภาพ	0.47	0.45	0.04	9.78	0.001*
ค่าคงที่	0.22	-	0.12	1.73	0.073
$R = 0.87$ $R^2 = 0.76$ Adjusted $R^2 = .076$ $S.E. = 0.30$ $F = 490.52$ $Sig = < 0.001$					

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุมิเคแนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับไม่เพียงพอ และเป็นผู้ที่มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 36.96 ใน 1 ปี มีการเคยไปพบหมอฟัน เพียงร้อยละ 28.84 ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุมิเคแนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการศึกษาสูงสุดเพียงระดับประถมศึกษา ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 2,665 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 75.20 จึงทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงความรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก จากช่องทางต่างๆ ไม่เพียงพอ จึงทำให้มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ทำให้การศึกษครั้งนี้ พบว่า มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 36.96 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก คือ ปัญหาในการเคี้ยวอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำนายด้านสุขภาพ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำสัมพันธ์กับปัญหาการรับบริการด้านส่งเสริมป้องกัน มักเข้ารับการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ล่าช้า ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ได้ไม่ดีนัก มีทักษะในการจัดการชีวิตตนเองต่ำ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต



ส่งผลให้มีสุขภาพไม่ดี และเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาเพิ่มขึ้น⁽¹¹⁾ การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในผู้ใหญ่⁽¹²⁾ พบว่า ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากจำกัดมีสถานะปริทันต์แย่กว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีสถานการณ์ความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานและนำมาใช้ในการพัฒนาหรือปรับปรุงวิธีการ เนื้อหา สื่อและช่องทาง ที่จะเพิ่มความรู้ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุมิฉะนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับน้อย อีกทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 57.95 ไม่เคยไปพบทันตแพทย์ในรอบปีที่ผ่านมา ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมิพพฤติกรรม และความสนใจในการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการไปพบทันตแพทย์ในระยะเวลาที่ทันตแพทย์แนะนำ ซึ่งโรคในช่องปากสามารถป้องกันได้ ถ้ามีพฤติกรรมดูแลตนเอง รวมทั้งการได้รับการโดยเฉพาะการตรวจส่งเสริม ป้องกันที่ถูกต้องเหมาะสม การดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจึงควรมุ่งเน้นที่การคงสภาพสุขภาพที่ดี ชะลอความเสื่อม ลดโรค หรือค้นหาโรคให้เจอตั้งแต่เริ่มแรก (Early detection) โดยการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) มีการตรวจคัดกรองและตรวจสุขภาพเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อการคงสภาพการมีสุขภาพดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจัยสำคัญหนึ่งที่จะทำให้สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นได้ คือ การมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ สารสนเทศและบริการทางสุขภาพขั้นต้นที่จำเป็นเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม⁽¹³⁾

3. ข้อมูลลักษณะทางประชากร คือ เขตพื้นที่อาศัย เพศ อายุ การศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย รายได้ โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกับระดับคะแนน OHIP-14 Thai ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรรถกร คุรุรัตน์ (2559)⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรชั้นสูงสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ โรคประจำตัว ปัญหาการเคี้ยวอาหาร ปัญหาเนื้อเยื่อช่องปาก ปัญหาช่องปาก ความพึงพอใจในช่องปาก การให้บริการของสาธารณสุข พบหมอฟัน และการแปรงฟัน มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมก็ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมิคุณภาพชีวิตในด้านของสุขภาพช่องปากที่ดีตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพัตรา วัฒนเสน (2563)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์



กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.008$) ดังนั้น ในการดำเนินการนโยบายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น จึงควรเริ่มจากการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุให้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

กระทรวงสาธารณสุข ควรผลักดันให้หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของแต่ละพื้นที่ในแต่ละจังหวัด ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เน้นการสร้างความรู้ความตระหนัก เจตคติที่ดี และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพและสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง รวมทั้งมีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่มากขึ้น และควรให้การสนับสนุนช่องทางการเรียนรู้ทั้งสื่อบุคคล และสื่อออนไลน์ เพื่อผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขต้องเพิ่มการจัดบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ หรือมีช่องทางด่วนในการรับบริการทันตกรรมในสถานบริการที่ผู้สูงอายุเข้าถึงง่าย ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มบุคคลวัยอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดีขึ้นอย่างทั่วถึง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานวิจัยนี้ และขอขอบคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. พูลพฤกษ์ โสภารัตน์. การใช้สมุดสุขภาพผู้สูงอายุแบบดิจิทัล (Digital blue book) กับ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2566; 16(2): 51-63.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ชุดความรู้พื้นฐานสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2562.



3. อรวรรณ นามมนตรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารทันตภิบาล 2565; 35(2): 13-23.
4. ปรารักษ์กมล ก่ออารีย์. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2559.
5. ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. จำนวนผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง; 2565.
6. Daniel D. Calculate sample size [Internet]. 1996 [cited 2023 Nov 8]. Available from: <https://statsmartly.com/Pop/Daniel.php>
7. Vejvithee W, Mongkolnchaiarunya S, Wanichsaithong P. Validation of a comprehensive oral health literacy tool for Thai older adults: a multicenter cross-sectional study. Oral Sci Rep. 2024; 45(2): 62-71.
8. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 1997; 25(4): 284-90.
9. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: PrenticeHall, Inc; 1977.
10. Batz AE. Basic statistical concepts. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1999. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol 1997; 25(4): 284-90.
11. National Library of Medicine. Current bibliographies in medicine: health literacy. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services; 2000.
12. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้บริการดูแลสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในผู้สูงอายุสำหรับทันตบุคลากร. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2564.
13. Department of Health and Human Services. National action plan to improve health literacy. U.S.: Department of Health and Human Services; 2010.
14. อรฉัตร คุรุรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ทันตสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี 2559; 5(1): 35-44.
15. สุพัตรา วัฒนเสน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารทันตภิบาล 2563; 33(1): 43-56.



ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสกลนคร

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH RAPID PROGRESSION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN STAGE 3 CKD PATIENTS RECEIVING CARE AT PRIMARY CARE UNITS, SAKON NAKHON HOSPITAL

Received: April 11, 2025

Revised: June 13, 2025

Accepted: June 21, 2025

สุทธิพงษ์ กองวงษา

Soottipong Kongwongsa

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว คือ อัตราการกรองของไตลดลง > 5 mL/min/1.73 m²/ปี จะเพิ่มความเสี่ยงเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและเพิ่มการเสียชีวิต การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์การดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้าและสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566-31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวนขนาดตัวอย่างได้ 119 คน ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์คัดเลือก 117 คน

ผลการวิจัย ผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 72.0 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.2 ติดตามผู้ป่วยเฉลี่ย 1.0 ปี ความชุกผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 26.5 การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแสดง พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว ได้แก่ โปรตีนในปัสสาวะ (OR adj = 4.1; 95% CI = 1.4-11.5) ความดันโลหิต SBP > 140 mmHg (OR adj = 5.7; 95% CI = 1.6-19.6) และยูริกสูง (OR adj = 3.1; 95% CI = 1.1-8.3)

จากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าว ควรมีแนวทางการจัดการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโปรตีนในปัสสาวะ ความดันโลหิตสูง และยูริกสูง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อชะลอการดำเนินของโรคไต

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, หน่วยบริการปฐมภูมิ, อัตราการกรองของไต



Abstract

Patients with rapid progression of CKD, defined as a decline in estimated glomerular filtration rate of more than 5 mL/min/1.73 m² per year, are at higher risk of developing end-stage renal disease and increased mortality. This retrospective cohort study aimed to determine the prevalence and associated factors of rapid progression of CKD in patients with stage 3 CKD. Data were collected from medical records of patients receiving care at Romklao and Sukkasem Primary Care Unit, Sakon Nakhon Hospital, between January 1, 2023, and December 31, 2024. The calculated sample size was 119 patients. A total of 117 patients met the inclusion criteria.

The results revealed that the mean age of the patients was 72.0 years, with the majority being female (53.8%). Hypertension was present in 93.2% of patients. The average follow-up duration was 1.0 year. The prevalence of rapid progression of CKD was 26.5%. Multiple logistic regression analysis identified significant factors associated with rapid progression of CKD, including proteinuria (OR adj = 4.1; 95% CI = 1.4-11.5), systolic blood pressure (SBP) > 140 mmHg (OR adj = 5.7; 95% CI = 1.6-19.6), and hyperuricemia (OR adj = 3.1; 95% CI = 1.1-8.3).

Based on the identified associated factors, management strategies in primary care unit should prioritize CKD patients with proteinuria, hypertension, and hyperuricemia to slow the progression of CKD.

Keywords: Chronic kidney disease, Primary care unit, Glomerular filtration rate



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น^(1,2) เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน⁽³⁾ ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 10 หรือประมาณ 850 ล้านคน⁽¹⁻³⁾ ประเทศไทยพบความชุกของโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 4.6-17.5 ซึ่งเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบความชุกมากถึงร้อยละ 26.8⁽⁴⁾ โรคไตเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น^(1,2) และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 7 ที่ทำให้เสียชีวิตทั่วโลก⁽²⁾ ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีอัตราการตายจากโรคไตเรื้อรัง 18.2 ต่อแสนประชากร และจังหวัดสกลนครมีอัตราการตายจากโรคไตเรื้อรัง 20.3 ต่อแสนประชากร⁽⁵⁾

โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตเสียความสามารถในการทำงานอย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลง⁽⁶⁾ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะบวมจากมีน้ำคั่ง ความผิดปกติของเกล็ดแร่ในเลือด ความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง เป็นต้น⁽⁷⁾ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว (Rapid progression of CKD) จะมีความเสี่ยงในการพัฒนาไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ^(8,9)

ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็วพบได้ร้อยละ 14.6-71.3⁽¹⁰⁻¹⁵⁾ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ อายุ^(6,9,11) เพศ^(9,12) ดัชนีมวลกาย^(6,11) การสูบบุหรี่⁽¹³⁾ โรคเบาหวาน^(7,10,12,13) โรคความดันโลหิตสูง^(6,7,12) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ⁽¹²⁾ การใช้ยา NSAID⁽¹⁰⁾ การใช้ยากลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (ACEI)⁽¹⁰⁾ ความดันโลหิต^(9,11,14) ระดับน้ำตาลในเลือด^(13,15) ไขมันในเลือดสูง⁽⁷⁾ โปรตีนในปัสสาวะ^(7,9,12,13,16) โลหิตจาง^(7,9,12) ระดับยูริก⁽⁷⁾ โซเดียม^(7,13) และ CO₂ ในเลือด⁽¹⁰⁾

การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีเป้าหมายหลัก คือ การชะลอการดำเนินโรค ป้องกันไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค⁽⁷⁾ ดังนั้น หากทราบปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรค และจัดการกับปัจจัยดังกล่าวจะช่วยชะลอการดำเนินโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ซึ่งในการวิจัยที่ผ่านมาศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่แตกต่างกันในหน่วยบริการระดับตติยภูมิและตติยภูมิ และใช้เกณฑ์การลดลงของอัตราการกรองของไต (eGFR) ต่อปี ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมการจัดบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อลดภาระและความแออัดในหน่วยบริการตติยภูมิและตติยภูมิ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการดำเนินของโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยนิยามผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็วคือ มี eGFR ลดลง



มากกว่า 5 mL/min/1.73 m² ต่อปี^(7,10,17) และศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เนื่องจากอยู่ในระยะแรกของโรค ซึ่งยังมีจำนวนผู้ป่วยที่ชะลอการลดลงของ eGFR ไม่ได้ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย CKD ในหน่วยบริการปฐมภูมิและจัดการกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุในระยะแรกๆ ซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไตและยืดระยะเวลาในการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสกลนคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์การดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสกลนคร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้าและศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566-31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 150 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของ Weiers⁽¹⁸⁾ ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}} \quad \text{เมื่อ } P = \text{สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว}$$

จากฐานข้อมูล HDC รพ.สกลนคร ปีงบประมาณพ.ศ. 2566 = 0.42 E = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95%=0.05 Z=ระดับนัยสำคัญทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 Z = 1.96 N = จำนวนประชากร = 150 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและเผื่อจำนวน 10% ได้ 119 คน เพื่อความครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงทบทวนข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 150 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย (Inclusion criteria) คือ

1. เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีผลตรวจเลือดประจำปีซึ่งมีผล eGFR ในช่วงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566-31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 (Baseline)



3. มีผลตรวจเลือดประจำปีซึ่งมีผล eGFR หลังจาก Baseline ในระยะเวลา 9-15 เดือน โดยสิ้นสุดไม่เกิน 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเลือผู้ป่วยออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ

1. ค่า Baseline eGFR ไม่ได้อยู่ในช่วง 30-59 mL/min/1.73 m²

2. ผู้ป่วยตั้งครรภ์

3. ผู้ป่วยที่มีบันทึกประวัติใช้ยา NSAID อื่นที่ไม่ใช่ Aspirin

4. ผู้ป่วยที่มีบันทึกประวัติใช้ยาชุดและสมุนไพร

5. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมดังต่อไปนี้ คือ ไตเรื้อรังตั้งแต่กำเนิด มะเร็งหรือเนื้องอกหรือนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ ดับแข็ง และไตวายเฉียบพลันซึ่งต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

ผู้ป่วยที่ได้รับการทบทวนเวชระเบียนจำนวน 150 คน พบว่า มีผู้ป่วย 33 คน คิดเป็นร้อยละ 22.0 ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การวิจัย ได้แก่ ไม่มี eGFR หลังการติดตาม 18 คน ไม่มี Baseline eGFR 6 คน ค่า Baseline eGFR เกินเกณฑ์ 6 คน และมีโรคร่วมที่ต้องคัดออกตามเกณฑ์ 3 คน เหลือผู้ป่วยที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งหมด 117 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁽⁸⁻¹⁴⁾ และได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำผลที่ได้มาหาค่า IOC ซึ่งผู้วิจัยได้ตั้งข้อที่มีค่า IOC ≥ 0.5 ไว้ในแบบเก็บข้อมูล นำไปทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้า และปรับให้มีความเหมาะสม

ข้อมูลผู้ป่วยที่รวบรวมจากฐานข้อมูล HMS โรงพยาบาลสกลนคร ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง การใช้ยาในกลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (ACEI) หรือ Angiotensin II receptor blockers (ARB) ความดันโลหิตเฉลี่ย และระยะเวลาที่ติดตาม 2) ปัจจัยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ eGFR FBS HbA1C Cholesterol LDL HDL Na CO₂ Hb Hct และ Uric

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว (Rapid progression) คือ ผู้ป่วยที่มี eGFR ลดลง มากกว่า 5 mL/min/1.73 m² ต่อปี ส่วนผู้ป่วยที่มี eGFR ไม่เปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มขึ้น หรือลดลง แต่ไม่เกิน 5 mL/min/1.73 m² ต่อปี จะจัดเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังที่ไม่รวดเร็ว (Non rapid progression) โดยอัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR ต่อปี คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$\Delta \text{eGFR} = \frac{\text{eGFR}_2 - \text{eGFR}_1}{D/365}$$



เมื่อ $eGFR_1$ = ค่า $eGFR$ ที่ Baseline, $eGFR_2$ = ค่า $eGFR$ หลังการติดตาม, D = ระยะห่างของวันที่ตรวจ $eGFR_1$ และ $eGFR_2$

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ป้อนข้อมูลและปัจจัยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ใช้ Chi-square test เมื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วน และ Independent t-test เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
3. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (หลังติดตามการรักษา) ที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) นำเสนอข้อมูลด้วย Crude odds ratio และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI) จากนั้นจึงนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุอสมติการ (Multiple logistic regression) นำเสนอข้อมูลด้วย Adjusted odds ratio (OR adj) และ 95%CI

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติทบทุนพระราชระเบียบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2567 และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เลขที่ COA/1 No.004/2568

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 117 คน อายุเฉลี่ย 72.0 ปี (S.D. = 9.0) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 สูบบุหรี่ ร้อยละ 3.4 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.2 มีโรคเบาหวาน ร้อยละ 59.8 มีโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ร้อยละ 12.0 มีภาวะโปรตีนในปัสสาวะ ร้อยละ 55.6 ไข้ยากลุ่ม ACEI หรือ ARB ร้อยละ 65.0 ดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 24.9 kg/m^2 (S.D. = 4.9) ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 4.8 ปี (S.D. = 3.2) ความดันโลหิตเฉลี่ย 132.1/72.7 mmHg (S.D. = 12.4/10.2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ Baseline แสดงในตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล Baseline พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม Rapid progression มีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า และมีระดับ Cholesterol ในเลือดสูงกว่าผู้ป่วย Non rapid progression อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$ และ $p\text{-value} = 0.040$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน



ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผลทางห้องปฏิบัติการที่ Baseline

ตัวแปร	จำนวน	ทั้งหมด	Non rapid	Rapid	p-value
			progression (N = 86)	progression (N = 31)	
อายุ (ปี)	117	72.0±9.0	72.7±9.3	69.9±8.1	0.142 ^b
ผู้หญิง (%)	117	63 (53.8)	46 (53.5)	17 (54.8)	0.897 ^a
สูบบุหรี่ (%)	117	4 (3.4)	1 (1.2)	3 (9.7)	0.056 ^a
ความดันโลหิตสูง (%)	117	109 (93.2)	80 (93.0)	29 (93.5)	1.000 ^a
เบาหวาน (%)	117	70 (59.8)	49 (57.0)	21 (67.7)	0.295 ^a
หลอดเลือดสมอง, หัวใจ (%)	117	14 (12.0)	9 (10.5)	5 (16.1)	0.519 ^a
ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ ¹ (%)	117	65 (55.6)	40 (46.5)	25 (80.6)	0.001 ^{a*}
ใช้ยา ARB/ACEI (%)	117	76 (65.0)	59 (68.6)	17 (54.8)	0.168 ^a
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	117	24.9±4.9	25.1±5.2	24.3±3.9	0.445 ^b
ระยะเวลาที่เป็น CKD (ปี)	117	4.8±3.2	4.7±3.2	4.9±3.3	0.792 ^b
SBP (mmHg)	117	132.1±12.4	130.8±11.4	135.7±14.3	0.055 ^b
DBP (mmHg)	117	72.7±10.2	71.7±9.6	75.3±11.3	0.097 ^b
ระยะเวลาที่ติดตาม (ปี)	117	1.0±0.1	1.0±0.1	1.0±0.1	0.620 ^b
eGFR (mL/min/1.73m ²)	117	47.1±8.2	47.1±8.3	47.2±8.2	0.974 ^b
FBS (mg/dl)	70	143.5±33.4	141.8±33.2	147.7±34.3	0.498 ^b
HbA1C (%)	70	7.5±1.7	7.2±1.4	8.1±2.2	0.107 ^b
Cholesterol (mg/dl)	117	186.5±38.1	182.1±34.3	198.5±45.5	0.040 ^{b*}
LDL (mg/dl)	117	109.2±34.1	105.1±29.8	120.6±42.3	0.068 ^b
HDL (mg/dl)	117	51.0±10.6	51.8±10.9	48.7±9.5	0.156 ^b
Na (mmol/dl)	117	138.4±2.2	138.3±2.7	138.6±1.9	0.578 ^b
CO ₂ (mmol/dl)	117	24.9±2.7	24.9±2.4	24.9±3.3	0.942 ^b
Hb (g/dl)	27	11.3±1.7	11.4±1.9	11.1±1.4	0.617 ^b
Hct (%)	27	35.0±5.3	35.3±5.7	34.5±4.8	0.714 ^b
Uric (mg/dl)	116	7.0±1.4	7.0±1.4	7.0±1.2	0.961 ^b

¹Urine microalbumin $\geq$ 30 mg/g (Cr) หรือ Urine protein $\geq$ 1+

*ทดสอบค่าสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05, ^a ทดสอบค่า Chi-Square, ^bทดสอบค่า t



หลังการติดตามเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 1.0 ปี (S.D. = 0.1) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.4 มีอัตราการกรองของไตลดลง ความชุกของผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 26.5 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังการติดตามผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วย Rapid progression มีน้ำตาลสะสมเฉลี่ย และยูริกในเลือดสูงกว่า ผู้ป่วย Non rapid progression อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.014 และ p-value = 0.003 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลทางห้องปฏิบัติการหลังติดตามการรักษา

ผลทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน	ทั้งหมด	Non rapid progression (N = 86)	Rapid progression (N = 31)	p-value
CKD progression (%)	117		86 (73.5)	31 (26.5)	
eGFR (mL/min/1.73m ²)	117	46.2±11.7	49.9±10.4	36.2±9.3	<0.001 ^{b*}
eGFR ที่เปลี่ยนแปลง (mL/min/1.73m ² /year)	117	-0.7±8.3	2.7±5.9	-10.2±6.3	<0.001 ^{b*}
eGFR เพิ่มขึ้น (%)	117	53 (45.3)			
eGFR คงที่ (%)	117	5 (4.3)			
eGFR ลดลง (%)	117	59 (50.4)			
FBS เฉลี่ย (mg/dl)	70	137.0±23.2	134.9±24.6	141.8±19.0	0.257 ^b
HbA1C เฉลี่ย (%)	70	7.5±1.6	7.1±1.1	8.4±2.1	0.014 ^{b*}
Cholesterol (mg/dl)	117	186.1±40.8	183.4±40.2	193.5±42.1	0.240 ^b
LDL (mg/dl)	117	107.4±34.7	104.3±32.2	115.9±40.1	0.113 ^b
HDL (mg/dl)	117	51.7±11.4	52.4±11.9	49.7±10.0	0.270 ^b
Na (mmol/dl)	117	138.0±2.3	138.2±2.3	137.5±2.3	0.114 ^b
CO ₂ (mmol/dl)	117	25.4±2.6	25.7±2.4	24.7±3.2	0.132 ^b
Hb (g/dl)	34	11.5±1.9	11.7±2.1	11.3±1.5	0.600 ^b
Hct (%)	34	35.7±5.5	36.1±6.0	34.6±4.1	0.463 ^b
Uric (mg/dl)	113	6.9±1.3	6.7±1.2	7.5±1.2	0.003 ^{b*}

*ทดสอบค่าเฉลี่ยทางสถิติ p-value < 0.05, ^bทดสอบค่า t



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว

1. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ปัจจัย คือ ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ ความดันโลหิต SBP เฉลี่ยและยูริกในเลือด ปัจจัยส่วนบุคคลและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ไม่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว จาก Univariate analysis

ตัวแปร	Non rapid progression (N = 86)	Rapid progression (N = 31)	Crude OR (95%CI)	p-value
อายุ ≥ 60 ปี	77 (89.5)	28 (90.3)	1.1 (0.3-4.3)	0.901
เพศชาย	40 (46.5)	14 (45.2)	1.0 (0.4-2.2)	0.897
สูบบุหรี่	1 (1.2)	3 (9.7)	9.1 (0.9-91.1)	0.060
ความดันโลหิตสูง	80 (93.0)	29 (93.5)	1.1 (0.2-5.7)	0.921
เบาหวาน	49 (57.0)	21 (67.7)	1.6 (0.7-3.8)	0.297
หลอดเลือดสมอง, หัวใจ	9 (10.5)	5 (16.1)	1.6 (0.5-5.4)	0.408
ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ	40 (46.5)	25 (80.6)	4.8 (1.8-12.9)	0.002*
ใช้ยา ARB/ACEI	59 (68.6)	17 (54.8)	0.6 (0.2-1.3)	0.171
ดัชนีมวลกายสูงหรือต่ำ	44 (51.2)	13 (41.9)	0.7 (0.3-1.6)	0.379
CKD ≥ 3 ปี	50 (58.1)	19 (61.3)	1.1 (0.5-2.6)	0.760
SBP เฉลี่ย > 140 mmHg	6 (7.0)	10 (32.3)	6.4 (2.1-19.5)	0.001*
DBP เฉลี่ย > 90 mmHg	2 (2.3)	0 (0.0)	0.0 (0.0-0.0)	0.999
CKD ระยะ G3b	27 (31.4)	10 (32.3)	1.0 (0.4-2.5)	0.929
FBS เฉลี่ย > 130 mg/dl	27 (31.4)	13 (41.9)	1.6 (0.7-3.7)	0.291
HbA1C เฉลี่ย $> 7\%$	24 (49.0)	15 (71.4)	2.6 (0.9-7.8)	0.088
Cholesterol > 200 mg/dl	24 (27.9)	9 (29)	1.1 (0.4-2.6)	0.905
LDL > 100 mg/dl	38 (44.2)	19 (61.3)	2.0 (0.9-4.6)	0.105
HDL ต่ำ ¹	22 (25.6)	10 (32.3)	1.4 (0.6-3.4)	0.476
Na สูงหรือต่ำ	8 (9.3)	4 (12.9)	1.4 (0.4-5.2)	0.573
CO ₂ สูงหรือต่ำ	2 (2.3)	3 (9.7)	4.5 (0.7-28.3)	0.109



ตัวแปร	Non rapid progression (N = 86)	Rapid progression (N = 31)	Crude OR (95%CI)	p-value
Hb ต่ำ ²	15 (65.2)	8 (72.7)	1.4 (0.3-6.9)	0.662
Hct ต่ำ ³	12 (52.2)	6 (54.5)	1.1 (0.3-4.7)	0.897
Uric สูง ⁴	41 (50.0)	22 (71.0)	2.4 (1.0-5.9)	0.049*

¹ผู้ชาย < 40 mg/dl, ผู้หญิง < 50 mg/dl ²ผู้ชาย < 13 g/dl, ผู้หญิง < 12 g/dl

³ผู้ชาย < 38%, ผู้หญิง < 36%

⁴ผู้ชาย > 7.2 mg/dl, ผู้หญิง > 6 mg/dl

*ทดสอบค่านัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression)

พบว่าทั้ง 3 ปัจจัย คือ ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ ความดันโลหิต SBP เฉลี่ยและยูริกในเลือด ยังคงมีความสัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะโปรตีนในปัสสาวะ มีโอกาสเกิดการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโปรตีนในปัสสาวะ 4.1 เท่า (OR adj = 4.1; 95% CI = 1.4-11.5) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต SBP เฉลี่ยในช่วงที่ติดตามการรักษามากกว่า 140 mmHg จะมีโอกาสเกิดการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว มากกว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต SBP เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg 5.7 เท่า (OR adj = 5.7; 95% CI = 1.6-19.6) และ ผู้ป่วยที่มียูริกสูง มีโอกาสเกิดการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว มากกว่าผู้ป่วยที่มียูริกปกติ 3.1 เท่า (OR adj = 3.1; 95% CI = 1.1-8.3) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว จากสถิติ Multiple logistic regression

ตัวแปร	Univariate analysis		Multiple logistic regression	
	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ	4.8 (1.8-12.9)	0.002	4.1 (1.4-11.5)	0.008*
SBP เฉลี่ย > 140 mmHg	6.4 (2.1-19.5)	0.001	5.7 (1.6-19.6)	0.006*
Uric สูง	2.4 (1.0-5.9)	0.049	3.1 (1.1-8.3)	0.030*

*ทดสอบค่านัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05



สรุปผลการวิจัย

ความชุกผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็วในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสกลนคร เท่ากับร้อยละ 26.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว ได้แก่ ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ ความดันโลหิต SBP เฉลี่ย มากกว่า 140 mmHg และยูริกในเลือดสูง

อภิปรายผลการวิจัย

ความชุกผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว หลังการติดตามประมาณ 1 ปี พบร้อยละ 26.5 ซึ่งน้อยกว่างานวิจัยของจันทน์โท ศรีนาและคณะที่พบร้อยละ 45.1⁽¹¹⁾ และน้อยกว่างานวิจัยของ จรุง บุญธกานนท์ ที่พบร้อยละ 68.4⁽¹⁵⁾ อาจเนื่องจากการทำวิจัยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระยะแตกต่างกัน และทั้งสองงานวิจัยใช้เกณฑ์การลดลงของ $eGFR \geq 4 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ต่อปี จึงอาจพบผู้ป่วยมากกว่า การวิจัยนี้ผู้ป่วยร้อยละ 49.6 มีอัตราการกรองของไตคงที่หรือเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบได้ร้อยละ 30-48⁽¹⁶⁾ แสดงถึงการทำงานของไตสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานได้ ดังนั้น การจัดการกับปัจจัยที่มีผลทำให้การทำงานของไตลดลง จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้⁽¹⁵⁾

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว คือ ภาวะโปรตีนในปัสสาวะและความดันโลหิต SBP พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะโปรตีนในปัสสาวะมีโอกาสเกิดการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว 4.1 เท่า (OR adj = 4.1; 95% CI = 1.4-11.5) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Totoli C และคณะ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโปรตีนในปัสสาวะจะมีโอกาสเสี่ยง 1.8 เท่า (OR adj = 1.8; 95% CI = 1.2-2.9)⁽¹⁶⁾ โปรตีนที่สูงในปัสสาวะก่อให้เกิดการทำลาย podocytes, endothelial cells ใน glomerulus กระตุ้นการตาย (apoptosis) การอักเสบและการสร้างพังผืดในไต ส่งผลให้การทำงานของไตลดลง ซึ่งการลดโปรตีนในปัสสาวะจะสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้⁽¹⁹⁾

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต SBP มากกว่า 140 mmHg มีโอกาสเกิดการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว 5.7 เท่า (OR adj = 5.7; 95% CI = 1.6-19.6) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทน์โท ศรีนา และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3b ที่มีความดันโลหิต SBP มากกว่า 140 mmHg มีโอกาสเสี่ยง 1.4 เท่า (OR adj=1.4; 95% CI=1.0-1.9)⁽¹¹⁾ ความดันโลหิตที่สูงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ afferent arteriole ในไต ทำให้ความสามารถในการหดและขยายตัวลดลง จึงไม่สามารถควบคุมความดันใน glomerulus ได้ เกิดความดันโลหิตสูงภายใน glomerulus และหลอดเลือดไตแข็ง (nephrosclerosis) ส่งผลให้การทำงานของไตลดลง⁽²⁰⁾ โดยหลายแนวทางเวชปฏิบัติรักษาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) แนะนำเป้าหมายความดันโลหิต SBP น้อยกว่า 140 mmHg⁽¹⁷⁾

ปัจจัยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว คือ ยูริกในเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่มียูริกสูงมีโอกาสเกิดการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว 3.1 เท่า



(OR adj = 3.1; 95% CI = 1.1-8.3) โดยอาจเกิดจากการตกตะกอนของยูริกในไต ก่อให้เกิดกระบวนการอักเสบและเกิดพังผืดที่ไต ทำให้การทำงานของไตแย่ลง⁽²¹⁾ สอดคล้องกับงานวิจัย Tsai CW และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มียูริกสูงมีความเสี่ยงในการเกิด CKD progression และ Kidney failure⁽²¹⁾ แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ Phongphithakchai A และคณะ และงานวิจัยของ Meremo A และคณะ ซึ่งพบว่าระดับยูริกในเลือดไม่สัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลง^(10,13)

ผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C >7 มีโอกาสเกิดการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว 2.6 เท่า (OR adj = 2.6; 95% CI = 0.9-7.8) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากขนาดตัวอย่างที่วิเคราะห์ข้อมูลน้อย (70 คน) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Meremo A และคณะ ที่พบว่า HbA1C >7 สัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลงอย่างรวดเร็ว (OR adj = 1.8; 95% CI = 1.2-2.8)⁽¹³⁾ และงานวิจัยของ เกศริน บุญรอด ที่พบว่า HbA1C มีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตราการกรองของไต ($r = -0.25$, $p\text{-value} < 0.001$)⁽¹⁴⁾

โลหิตจางเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากการที่ไตสร้าง erythropoietin ได้น้อยลง⁽⁷⁾ งานวิจัยของ Ali I และคณะ พบว่าระดับ Hb ที่ต่ำสัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว⁽⁹⁾ รวมทั้งงานวิจัยของ เกศริน บุญรอด พบว่า Hct มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการกรองของไต⁽¹⁴⁾ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยนี้ที่พบว่า Hct และ Hb ไม่สัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว อาจเกิดจากขนาดตัวอย่างที่วิเคราะห์ข้อมูลน้อย โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม Hb และ Hct เพียง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1 เท่านั้น

การวิจัยนี้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จึงมีข้อจำกัด เนื่องจากข้อมูลบางอย่างอาจไม่ได้บันทึกในเวชระเบียน เช่น ประวัติการใช้ยา NSAIDs การใช้ยาสมุนไพร ที่อาจส่งผลต่ออัตราการกรองของไต ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับจากสถานบริการสุขภาพอื่น เช่น คลินิก ร้านยา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการดำเนินของโรคไต เช่น ปริมาณการรับประทานโซเดียม การออกกำลังกาย เป็นต้น รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการกรองของไต เพื่อส่งเสริมปัจจัยดังกล่าว

2. ควรมีคลินิกชะลอการเสื่อมของไตในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ มีแนวทางการคัดกรองติดตามและดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูง ภาวะโปรตีนในปัสสาวะและยูริกในเลือดสูง แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วยังมีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวอยู่ รวมถึงส่งเสริมให้มีการติดตามภาวะโลหิตจางมากขึ้น ซึ่งตามคำแนะนำของสมาคมโรคไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ควรมีการติดตามภาวะโลหิตจางอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ. สุทธิเกียรติ แสงสุวรรณ, นพ.ทรงศักดิ์ เทเสนา และ พญ.ขวัญตา หลัหนองบุ ที่ให้คำแนะนำการทำวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองร่มเกล้าและศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุโขทัย ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: An update 2022. *Kidney Int Suppl* 2022; 12(1): 7-11.
2. Francis A, Harhay MN, Ong ACM, Tummalapalli SL, Ortiz A, Fogo AB, et al. Chronic kidney disease and the global public health agenda: An international consensus. *Nat Rev Nephrol* 2024; 20(7): 473-485.
3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int* 2024; 105: S1-S197.
4. Cha'on U, Tippayawat P, Sae-ung N, Pinlaor P, Siri thanaphol W, Theeranut A, et al. High prevalence of chronic kidney disease and its related risk factors in rural areas of Northeast Thailand. *Sci Rep.* 2022 28; 12: 18188. Doi:org/10.1038/s41598-022-22538-w.
5. สถิติสุขภาพคนไทย สถิติสุขภาพระดับพื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO); 2563 [เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 12 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tp=12_5
6. Mallamaci F, Tripepi G. Risk Factors of Chronic kidney disease progression: Between old and new concepts. *J Clin Med* 2024; 13(678): 1-12.
7. Ali KB. Complications of chronic kidney disease: Therapeutic approaches and what can be done to halt disease progression?. *The Singapore Family Physician* 2022; 48(5): 22-32.
8. Guo Y, Cui L, Ye P, Li J, Wu S, Luo Y. Change of kidney function is associated with all-cause mortality and cardiovascular diseases: Results from the Kailuan study. *J Am Heart Assoc* 2018; 7(21): 1-10.
9. Ali I, Chinnadurai R, Ibrahim ST, Green D, Kalra PA. Predictive factors of rapid linear renal progression and mortality in patients with chronic kidney disease. *BMC Nephrol* 2020; 21(345): 1-11.



10. Phongphithakchai A, Chantana J, Dandecha P, Wongpraphairot S, Boonsrirat U. Identifying Predictors for rapid kidney function deterioration among chronic kidney disease patients in Thailand settings of real-life practice. *Open Urol Nephrol J* 2023; 16: 1-7.
11. จันทร์โท ศรีนา, ทวี ศิริวงศ์, ดวงใจ อติศักดิ์, ศิวานนท์ รัตนะกนกชัย, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, ปัทมา สุริต และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2561; 41(3): 108-118.
12. Vestergaard AHS, Jensen SK, Heide-Jørgensen U, Frederiksen LE, Birn H, Jarbøl DE. Risk factor analysis for a rapid progression of chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2024; 39(7): 1150–1158.
13. Meremo A, Paget G, Duarte R, Bintabara D, Naicker S. Progression of chronic kidney disease among black patients attending a tertiary hospital in Johannesburg, South Africa. *PLoS ONE* 2023; 18(2): e0276356.
14. เกศริน บุญรอด. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนระยะโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2562; 33(3): 367-378.
15. จรูญ บุญชานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9* 2566; 17(1): 13-27.
16. Totoli C, Carvalho AB, Ammirati AL, Draibe SA, Canziani MEF. Associated factors related to chronic kidney disease progression in elderly patients. *PLoS ONE* 2019; 14(7): e0219956.
17. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2565.
18. Weiers RM. *Introduction to Business Statistics*. 5th Edition. Pennsylvania: Duxbury Press; 2005.
19. Longhitano E, Calabrese V, Casuscelli C, Carlo SD, Maltese S, Romeo A, et al. Proteinuria and progression of renal damage: The main pathogenetic mechanisms and pharmacological approach. *Medicina* 2024; 60(11): 1821.
20. Kittinuntaponchai K, Sukkha S. Current management of hypertension in chronic kidney disease *J Med Health Sci* 2021; 28(2): 149-164.
21. Tsai CW, Lin SY, Kuo CC, Huang CC. Serum Uric acid and progression of kidney disease: A longitudinal analysis and mini-review. *PLoS One* 2017; 12(1): e0170393.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ของผู้ช่วยเหลือดูแล อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

FACTORS INFLUENCING INFECTIOUS WASTE MANAGEMENT BEHAVIORS AMONG COMMUNITY CAREGIVERS IN KANTHARAWICHAI DISTRICT, THAILAND

Received: February 23, 2025

Revised: June 23, 2025

Accepted: June 28, 2025

ชไมพร แพงโท^{1*}, นิรุวรรณ เทิร์นโบล¹, จินดาวลัย วิบูลย์อุทัย¹, ฤชากร คงมัน²

Chamaiphon Phaengtho^{1*}, Niruwan Turnbull¹, Jindawan Wibuloutai¹,

Ruchakron Kongmant²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแล อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง 145 คน เก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติ Point-Biserial Correlation สถิติ Eta Correlation Coefficient และสถิติ Pearson's Correlation

ผลการวิจัย พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.17 อายุ 30-59 ปี ร้อยละ 74.47 เป็นเกษตรกร ร้อยละ 63.45 เคยจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยการทิ้งรวมไปกับมูลฝอยชุมชน ร้อยละ 21.46 กำจัดด้วยการเผา ร้อยละ 17.56 และขุดหลุมฝังกลบ ร้อยละ 18.05 มีความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อดี (mean = 15.53, S.D. = 2.53) มีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อดี (mean = 3.90, S.D. = 0.49) และมีเจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อปานกลาง (mean = 3.62, S.D. = 0.51) การทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อาชีพ ($r = 0.102$, $p\text{-value} < 0.05$) ความรู้ ($r = 0.247$, $p\text{-value} < 0.01$) และเจตคติ ($r = 0.427$, $p\text{-value} < 0.01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น ควรจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง เพิ่มการสื่อสารเชิงบวก เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง

คำสำคัญ: การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ, ผู้ช่วยเหลือดูแล, ความรู้, เจตคติ, พฤติกรรม

¹ สาขาวิชาเทคโนโลยีทางสุขภาพและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Health and Safety Technology Program, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² ศูนย์วิจัยเฉพาะทางด้านนโยบายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Public Health and Environmental Policy in Southeast Asia Research Cluster: PHEP-SEA, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail: Chamaiphon.pha@gmail.com



Abstract

This study aimed to examine the factors associated with infectious waste management behaviors among caregivers in Kantharawichai District, Maha Sarakham Province, Thailand. A cross-sectional descriptive research design was employed. A total of 145 participants were selected using purposive sampling. Data were collected through a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Point-Biserial Correlation, Eta Correlation Coefficient, and Pearson's Correlation.

The results showed that the majority of participants were female (95.17%) and aged between 30 and 59 years (74.47%). Most were farmers (63.45%). In terms of waste management practices, 21.46% disposed of infectious waste along with general household waste, 17.56% used burning methods, and 18.05% buried the waste. Participants had a good level of knowledge (mean = 15.53, S.D. = 2.53), good management behavior (mean = 3.90, S.D. = 0.49), and a moderate attitude toward infectious waste management (mean = 3.62, S.D. = 0.51).

The statistical analysis revealed significant positive correlations between occupation ($r = 0.102$, $p\text{-value} < 0.05$), knowledge ($r = 0.247$, $p\text{-value} < 0.01$) and attitude ($r = 0.427$, $p\text{-value} < 0.01$) and the behaviors related to infectious waste management. These findings highlight the need for targeted educational programs and effective communication strategies to enhance awareness and improve proper infectious waste management among community caregivers, thereby reducing health and environmental risks.

Keywords: Infectious waste management, Caregivers, Knowledge, Attitudes, Behavior



บทนำ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นประเด็นสำคัญในระบบสาธารณสุข เนื่องจากมูลฝอยติดเชื้อเป็นของเสียที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งหากไม่มีการจัดการที่ถูกต้อง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม⁽¹⁾ ในประเทศไทย มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ยปีละ 1.5 แสนตัน ซึ่งกว่าร้อยละ 20 มาจากบริการสุขภาพระดับชุมชน มีแหล่งกำเนิดหลายแห่ง เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกเอกชน⁽²⁾ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งมักมีผู้ดูแล เป็นผู้จัดการมูลฝอยติดเชื้อหลัก อย่างไรก็ตาม การจัดการที่ไม่ถูกต้องหรือขาดความรู้ที่เพียงพออาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อและอันตรายต่อสุขภาพ⁽³⁾ ปัญหาจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับครัวเรือนและชุมชนนั้น มีให้เห็นอยู่เสมอๆ โดยเฉพาะการทิ้งรวมกับมูลฝอยชุมชนประเภทอื่นๆ เนื่องจากยังไม่มีระบบการจัดการที่อำนวยความสะดวกที่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน⁽⁴⁾ สาเหตุสำคัญอีกประการ คือ ประชาชนยังมียังคงมีความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่มากพอ จากการศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน จังหวัดราชบุรี ในปี 2558 พบว่า ประชาชนมีระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือนระดับปานกลาง ร้อยละ 64.50 และ 69.70 ตามลำดับ แต่มีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องในระดับต่ำ ร้อยละ 53.50⁽⁵⁾ และการศึกษาสภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของชุมชนของ ประจวบ แสงดาว⁽⁶⁾ จากกลุ่มผู้รับผิดชอบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับตำบลของเขตสุขภาพที่ 4 ในปี 2565 พบว่า ชุมชนมีศักยภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับต่ำ

ผู้ช่วยเหลือดูแลมีบทบาทสำคัญในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและครัวเรือน และเป็นผู้ที่สัมผัสโดยตรงกับของเสียที่อาจปนเปื้อนเชื้อโรค การศึกษาของ ชีร์ดนัย ชาวป่า และคณะ⁽⁷⁾ ในจังหวัดพิษณุโลก ปี 2565 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชนมีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อก่อนการเข้ารับการอบรมในระดับต่ำ และการศึกษาของ พิรฮาน ดาเลหมัน และคณะ⁽⁸⁾ ในจังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2566 พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยในครัวเรือนระดับต่ำ (เฉลี่ย 2.27, S.D. = 0.50) เนื่องจากขาดองค์ความรู้และความตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง แม้ว่าจะมีนโยบายและแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับประเทศ แต่การนำไปปฏิบัติในชุมชนยังคงมีความท้าทาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลที่ปฏิบัติงานนอกสถานพยาบาล การศึกษาของกรมอนามัย⁽⁹⁾ พบว่า ในปี 2567 ผู้ช่วยเหลือดูแลเพียงร้อยละ 42.50 มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับการแยกประเภทและการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เนื่องจากยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง นอกจากนี้ Thobile Zikathile และ Harrison Atagana⁽¹⁰⁾ พบว่า ในปี 2018 ผู้ช่วยเหลือดูแลในชุมชนของประเทศแอฟริกาใต้ ประสบปัญหาด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมาก เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ และทรัพยากรที่จำเป็น และมีภาระงานหนัก โดยดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3-4 ครัวเรือน



ต่อวัน ซึ่งสร้างมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 2.3 กิโลกรัมต่อวัน และกว่าร้อยละ 55 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่จัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม สาเหตุสำคัญมาจากการขาดความรู้และการสนับสนุน

จากปัญหาดังกล่าว การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแลในประเทศไทยจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติและสามารถนำผลการศึกษามาใช้ในการวางแผนการอบรม การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแล อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา

อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะชุมชนเมืองและชุมชนชนบทผสมผสานกัน มีลักษณะการอยู่อาศัยที่หลากหลาย และมีจำนวนผู้ป่วยที่มีการพักรักษาตัวค่อนข้างมาก ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ชัดเจนตาม แต่ในระดับครัวเรือนกลับพบว่า ญาติและผู้ดูแลยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ยังไม่มีงานวิจัยในระดับพื้นที่ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประชาชนในท้องถิ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ช่วยเหลือดูแล (caregivers) ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวนทั้งหมด 204 คน⁽¹¹⁾ กำหนดขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie & Morgan⁽¹²⁾ ดังสมการ

$$n = [X^2 Np(1-p)] / [(e^2(N-1) + X^2 p(1-p))]$$

โดยที่ N = จำนวนประชากร



χ^2 = ค่า Chi-square ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 3.841

p = สัดส่วนของประชากร (กำหนดที่ 0.5)

e = ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

แทนค่า $n = [(3.841 \times 204 \times 0.5 \times 0.5)] / [(0.050^2 \times (204 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5)]$

$n = 195.89 / 1.47$

$n = 134$ คน

ได้จำนวน 134 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 11 คน ร้อยละ 8 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมด 145 คน จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ซึ่งมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย ตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย มีความสามารถในการอ่าน การเขียน และการใช้โทรศัพท์มือถือระดับดี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ มีปัญหาสุขภาพ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ และไม่สามารถใช้โทรศัพท์มือถือได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยคือ แบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานะการเข้าร่วม ลักษณะที่อยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน ประเภทและปริมาณของมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบถูกผิด มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ โดยในแต่ละข้อประกอบด้วยข้อคำถามให้เลือกตอบว่า ถูกหรือผิด กำหนดเกณฑ์คะแนน คือ ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน⁽¹³⁾ คือ คะแนน 0-11 หมายถึง มีความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับไม่ดี, คะแนน 12-15 หมายถึง มีความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับปานกลาง และคะแนน 16-20 หมายถึง มีความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับดี

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีคำถามเป็นลักษณะเชิงบวกและเชิงลบโดยมีตัวเลือก 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก แบ่งพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อออกเป็น 3 ระดับ⁽¹⁴⁾ คือ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับไม่ดี, คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34-3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับดี

ส่วนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วย คำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ประกอบด้วยตัวเลือก 5 ระดับ แบ่งเจตคติที่เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ออกเป็น 3 ระดับ⁽¹⁴⁾ คือ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีเจตคติระดับไม่ดี,



คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34-3.67 หมายถึง มีเจตคติระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68-5.00 หมายถึง มีเจตคติระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขชุมชน จำนวน 3 ท่าน โดยประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.95 และปรับแก้แบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ช่วยเหลือดูแลตำบลตลาด อำเภอเมืองมหาสารคาม จำนวน 32 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ Cronbach เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบจุด-สองส่วน (point-biserial correlation) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta Correlation Coefficient) และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนของสถานบริการสาธารณสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 663-385/2567 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.17 มีอายุ 30-59 ปี ร้อยละ 74.48 (mean = 54.44 ปี, S.D. = 8.03) แต่งงานแล้ว ร้อยละ 66.21 จบการศึกษาระดับชั้น ม.ปลาย ร้อยละ 51.03 ด้านการอยู่อาศัย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 66.90 ด้านการประกอบอาชีพ และรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 63.45 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 62.76 (mean = 6,214.28, S.D. = 6,510.98) ทำให้ส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 86.89 และไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละเดือน ร้อยละ 46.90 ด้านการปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) ร้อยละ 97.93 มีจำนวนผู้ป่วยในการดูแลน้อยกว่า 5 คน ร้อยละ 53.10 (mean = 4.35, S.D. = 2.89) และพบว่าเคยจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยการทิ้งรวมไปกับมูลฝอยชุมชน ร้อยละ 21.46 กำจัดด้วยตนเองด้วยการเผา ร้อยละ 17.56 และขุดหลุมฝังกลบ ร้อยละ 18.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ช่วยเหลือดูแล (n = 145)



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	7	4.83
- หญิง	138	95.17
2. อายุ		
- น้อยกว่า 30 ปี	1	0.69
- 30-59 ปี	108	74.48
- 60 ปี ขึ้นไป	36	24.83
(mean = 54.44, S.D. = 8.03, max = 78, min = 19)		
3. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	1	0.69
- ประถมศึกษา	20	13.79
- มัธยมศึกษาตอนต้น	21	14.48
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	74	51.03
- ปวช./ปวส.	23	15.86
- ปริญญาตรี	6	4.14
4. อาชีพหลัก		
- เกษตรกร	92	63.45
- ลูกจ้างของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	2	1.38
- ธุรกิจส่วนตัว	12	8.28
- รับจ้างทั่วไป	34	23.44
- ว่างาน	5	3.45
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- น้อยกว่า 5,000 บาท	91	62.76
- ตั้งแต่ 5,000 บาท ขึ้นไป	54	37.24
(mean = 6,124.28, S.D. = 6,510.98, max = 70,000, min = 600)		
7. ความเพียงพอของรายได้		
- เพียงพอ	77	53.10
- ไม่เพียงพอ	68	46.90
8. ภาระหนี้สิน		



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- ไม่มีหนี้สิน	19	13.10
- มีหนี้สิน	126	86.90
9. สถานะการจ้างงาน		
- Caregiver: CG	142	97.93
- Care Community: CC	3	2.07
10. จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล		
- น้อยกว่า 5 คน	77	53.10
- 5-10 คน	66	45.52
- มากกว่า 10 คน	2	1.38
(mean = 4.35, S.D. = 2.89, max = 11, min = 0)		
11. วิธีการจัดการมูลฝอยที่เคยใช้		
- ทิ้งรวมกับมูลฝอยชุมชน	44	21.46
- รวบรวมและนำไปทิ้งที่ รพ.สต./สอน.	88	42.93
- กำจัดเอง (การเผา)	36	17.56
- กำจัดเอง (ขุดหลุมฝัง)	37	18.05

จากการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแล พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.62 (mean = 15.53, S.D. = 2.53) ระดับเจตคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.93 (mean = 3.62, S.D. = 0.49) และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.48 (mean = 3.90, S.D. = 0.51) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแล (n = 145)

ระดับ	mean	S.D.	การแปลผล
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	15.53	2.53	ระดับดี
เจตคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	3.62	0.49	ระดับปานกลาง
พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	3.90	0.51	ระดับดี

การทดสอบความสัมพันธ์ตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า อาชีพหลัก ($r = 0.102$, $p\text{-value} = 0.015$) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ($r = 0.247$, $p\text{-value} = 0.003$) และ



เจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ($r = 0.427$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแล อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ($n = 145$)

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	
	r	p-value
เพศ	0.068 (r_{PB})	0.417
อายุ	- 0.020 (r_{PC})	0.808
ระดับการศึกษา	0.091 (Eta)	0.422
อาชีพหลัก	0.102 (Eta)	0.015*
รายได้	0.082 (r_{PC})	0.327
ความเพียงพอของรายได้	- 0.093 (Eta)	0.490
ภาระหนี้สิน	- 0.010 (Eta)	0.974
สถานะการจ้างงาน	0.144 (r_{PB})	0.083
จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล	0.115 (r_{PC})	0.169
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	0.247 (r_{PC})	0.003**
เจตคติต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	0.427 (r_{PC})	<0.001**

* $p\text{-value} < 0.05$, ** $p\text{-value} < 0.01$, r_{PC} = Pearson's Correlation, r_{PB} = Point Biserial Correlation Coefficient, Eta = Eta Correlation Coefficient

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแลในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ช่วยเหลือดูแลจำนวน 145 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.17 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-59 ปี ร้อยละ 74.48 การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 51.03 อาชีพหลักเป็นเกษตรกร ร้อยละ 63.45 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.76 และส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 86.89 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อพบว่า มีบางส่วนที่มีการจัดการมูลฝอย



ติดเชื่อไม่ถูกต้อง เช่น ทั้งรวมกับมูลฝอยชุมชน ร้อยละ 21.46 หรือการกำจัดเองโดยการเผา ร้อยละ 17.56 และชุดหลุมฝังกลบ ร้อยละ 18.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื่ออยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.62, ค่าเฉลี่ย = 15.53, S.D. = 2.53) เจตคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.93, ค่าเฉลี่ย = 3.62, S.D. = 0.49) และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่ออยู่ในระดับดี (ร้อยละ 74.48, ค่าเฉลี่ย = 3.90, S.D. = 0.51)

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.102$, $p\text{-value} < 0.05$) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ($r = 0.247$, $p\text{-value} < 0.01$) เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ($r = 0.427$, $p\text{-value} < 0.01$) และปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ สถานะการจ้างงาน ระดับการศึกษา รายได้ และจำนวนผู้ป่วยที่ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อของผู้ช่วยเหลือดูแลในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการ ได้แก่ อาชีพ ความรู้ และเจตคติ ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรมที่มีค่าสหสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.427$, $p\text{-value} = 0.000$) สะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมเจตคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในครัวเรือน ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen⁽¹⁴⁾ ที่ระบุว่า เจตคติที่ดีจะนำไปสู่ความตั้งใจในการปฏิบัติ และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในที่สุด การที่ผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ เช่น การเห็นความสำคัญของการคัดแยกมูลฝอยหรือการใช้ภาชนะที่ปลอดภัย ย่อมทำให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติได้ถูกต้อง และปลอดภัยมากขึ้น

ข้อมูลจากการวิจัยนี้ พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ โดยผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมักมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้และการฝึกอบรมที่เพียงพอ ($r = 0.102$, $p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีร์คินัย ชาวป่า และสรณัญญา ถีป้อม⁽⁷⁾ ที่ระบุว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นเกษตรกรมักจะขาดความตระหนักในการคัดแยกขยะมูลฝอยก่อนการอบรมเพื่อพัฒนาสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) โดยองค์การอนามัยโลก⁽¹⁶⁾ ที่ระบุว่าสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น อาชีพ มักจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างชัดเจน



นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม โดยผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ที่มีความรู้ระดับสูงจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ ($r = 0.247$, $p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประชุมพร กวีกรรม และคณะ⁽⁴⁾ ที่พบว่าการเพิ่มพูนความรู้สามารถลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลการวิจัยยังอธิบายได้ว่า เจตคติที่ดีต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างชัดเจน ต่อพฤติกรรมปฏิบัติที่เหมาะสม ($r = 0.427$, $p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งเจตคติที่ดีเกิดจากความรู้ที่ถูกต้อง และการรับรู้ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากมีการจัดการที่ไม่เหมาะสม ผลการศึกษาของ Kultida Bunjongssiri และคณะ⁽¹⁷⁾ ยังยืนยันว่า ในช่วงการระบาดของ COVID-19 การส่งเสริมเจตคติผ่านการให้ข้อมูลที่ถูกต้องช่วยปรับปรุงพฤติกรรมจัดการมูลฝอยได้ดียิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นไปตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดย Nancy K. Janz⁽¹⁸⁾ ที่เสนอว่า ความรู้และการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบ (perceived severity) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี

อุปสรรคที่สำคัญต่อการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลส่วนใหญ่มีขนาดการฝึกอบรมที่เหมาะสม และขาดอุปกรณ์ที่ช่วยสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องอย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้รับการเน้นย้ำในรายงานของ Thobile Zikhathile และ Harrison Atagana⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ดูแลในชุมชนต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักและทรัพยากรที่จำกัด ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

จากข้อมูลดังกล่าว การจัดการองค์ความรู้และเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อควบคู่กับการสนับสนุนด้านทรัพยากรและอุปกรณ์ที่เพียงพอ จะสามารถปรับปรุงพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ช่วยเหลือดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ช่วยเหลือดูแลในชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง
2. ควรใช้การสื่อสารเชิงบวกและการณรงค์ผ่านชุมชน เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหาและสนับสนุนการเข้าถึงอุปกรณ์ให้แก่ผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างเพียงพอ และควรมีจุดรวบรวมและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน ที่สะดวกและปลอดภัย ลดปัญหาการเผาหรือฝังกลบมูลฝอยติดเชื้อเอง



4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการตรวจสอบและประเมินผล เพื่อให้แน่ใจว่าการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐาน และควรมีการกำหนดแนวทางมาตรฐานสำหรับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับชุมชน เพื่อให้ทุกคนสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิคือ รองศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ จันทร์ม่วง, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัชชลิดา บุคละลัง และอาจารย์ปาริชาติ ปกิริณะ ที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วยเหลือดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการให้ข้อมูลอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย จากเงินรายได้ ปีงบประมาณ 2568 จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health-care waste. [Internet]. 2024 [cited 15 Feb 2025]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>
2. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท เอพี คอนเน็กซ์ จำกัด; 2566.
3. อนุ เอี่ยมทอง และเสน่ห์ แสงเงิน. การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2541; 2(2): 1-12.
4. ประชุมพร กวีกรณ์, นารฤติ กุลวิเศษณ์ และอำนาจ เหมลา. การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 5(4): 703-728.
5. รติรส ตะโกพร. พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษา อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี. สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
6. ประจวบ แสงดาว และวิสาชา ภูจินดา. การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนเขตสุขภาพที่ 4. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2565; 9(2): 193-207.
7. ชีร์ดนัย ชาวป่า และสร้อยญา ถีป้อม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะติดเชื้อในครัวเรือนของผู้ดูแล



- ผู้ป่วยติดเชื้อ ภายในตำบลบึงกอก อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารควบคุมโรค 2565; 48(4): 912-921.
8. พิรฮาน ดาแลหมัน, มาธิณี เจ๊ะหามะ, อโณชา หลายปัญญา, ประเสริฐ ประสมรักษ์ และ กรกวรรณ ดารุณิกร. การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อประเภทน้ำกากาอนามัย ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบเบ็ดเสร็จ ในชุมชนบ้านโคกเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2566; 15(2): 14-27.
 9. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
 10. Thobile Zikhathile and Harrison Atagana. Challenges Facing Home-Based Caregivers in the Management of Health Care Risk Waste. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018; 15(12): 2700.
 11. กรมอนามัย. ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care: 3C). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ltc.anamai.moph.go.th/reportzonenum>
 12. Krejcie, R. & Morgan, D. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30: 607-610.
 13. BLOOM, Benjamin S. Human characteristics and school learning. McGraw-Hill; 1976.
 14. LIKERT, Rensis. A technique for the measurement of attitudes. Archives of psychology; 1932.
 15. AJZEN, I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes 1991; 50.2: 179-211.
 16. WHO COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH; WORLD HEALTH ORGANIZATION. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. World Health Organization; 2008.
 17. Kultida Bunjongsi, Pathanin Sangaroon, Araya Prasertchai, Anunya Pradidthaprecha, Worrawit Nakpan, Saruda Jiratkulthana and Pokkamol Laoraksawong. Knowledge, Attitude, and Practice for Managing Infectious Waste Management during COVID-19 Pandemic: A Survey in Thailand. Naresuan University Journal: Science and Technology 2023; 31(2): 56-68.
 18. JANZ, Nancy K.; BECKER, Marshall H. The health belief model: A decade later. Health education quarterly 1984; 11.1: 1-47.



ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของผู้ประกอบอาชีพทำนา ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND SAFETY BEHAVIORS IN PESTICIDE USING AMONG RICE FARMERS IN KRU-MEUNG SUB-DISTRICT, WARIN CHAMRAP DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE

Received: April 02, 2025

Revised: June 25, 2025

Accepted: July 01, 2025

นิพาดา สร้อยสังวาลย์¹, อนิรุจน์ ม่วงสำเภา¹, พรทิพย์ ทาบทอง^{1*}

Nipada Soisangwan¹, Anirud Muangsampao¹, Pornthip Tharbhong^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้ประกอบอาชีพทำนา ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ อยู่ในระดับสูง (Mean = 0.94, S.D. = 0.13) ทักษะ อยู่ในระดับดี (Mean = 4.34, S.D. = 0.59) พฤติกรรมความปลอดภัย อยู่ในระดับดี (Mean = 2.29, S.D. = 0.47) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมี (p-value < 0.05)

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบาย ให้ความรู้ในการจัดเก็บ การใช้และการป้องกันอันตรายเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างถูกต้องปลอดภัยตามหลักวิชาการ เพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพทำนามีพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, อาชีพทำนา, พฤติกรรมความปลอดภัย

¹ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ภาควิชาวิทยาศาสตร์ชีวภาพ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Occupational Health and Safety Program, Department of Biological Science, Faculty of Science, Ubon Ratchathani University

*Corresponding author E-mail: pornthip.t@ubu.ac.th



Abstract

The purpose of this study is aiming study knowledge, attitudes and safety behaviors in the use of pesticides and to analyze factors related to safety behavior in the use of pesticides among farmers in Kru-Meung Sub-District, Warin chamrap District, Ubon ratchathani Province. A questionnaire was used to collect information from 120 samples. Personal data, knowledge, attitudes, and behaviors of pesticide use were analyzed by descriptive statistics and the relationship was analyzed using the Chi-square test at a confidence level of 95%.

The result to showed that most rice farmers had a high level (Mean = 0.94, S.D. = 0.13) a good level (Mean = 4.34, S.D. = 0.59), a good level (Mean = 2.29, S.D. = 0.47) of knowledge, attitude and safety behaviors for the pesticide using, respectively. Factors significantly related to safety behaviors for the knowledge of pesticides storage tank (p-value < 0.05).

Based on this study, related agencies should have policies to educate about the storage of the use and prevention of pesticide hazards correctly and safely according to academic principles so that farming professionals can continue to have safe behavior in the use of pesticides.

Keywords: Pesticides, Rice Farmers, Safety Behaviors



บทนำ

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายโดยเฉพาะกับอาชีพเกษตรกร การใช้สารเคมีที่มีความเป็นพิษสูง มีความเสี่ยงทำให้เกษตรกรได้รับอันตราย เกิดความเจ็บป่วยตามมา⁽¹⁾ ประเทศไทยมีแนวโน้มการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ. 2566 มีการนำเข้ามากที่สุดคือ สารกำจัดวัชพืช 90,465,131 กิโลกรัม สารป้องกันกำจัดโรคพืช 22,702,153 กิโลกรัม และสารกำจัดแมลง 22,559,603 กิโลกรัม⁽²⁾ เกษตรกรมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้น เนื่องจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ศัตรูพืชเกิดการดื้อต่อสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณการใช้สารเคมีหรือเปลี่ยนไปใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีฤทธิ์รุนแรงขึ้น ส่งผลให้มีความเสี่ยงที่เกษตรกรจะได้รับการสัมผัสสารเคมีและสะสมในสภาพแวดล้อมมากขึ้น⁽³⁾ จากรายงานของสำนักงานระบาดวิทยา ในปี พ.ศ. 2544-2560 มีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช 34,221 ราย เสียชีวิต 49 ราย เฉลี่ยป่วยปีละ 20,013 ราย⁽⁴⁾ และจากผลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปี 2564 โดยใช้กระดาษทดสอบโคลินเอสเตอเรสทั้งหมด 392,712 คน พบผลเสี่ยงและไม่ปลอดภัย 79,685 คน คิดเป็นร้อยละ 32.25⁽⁵⁾ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แสดงอาการ 2 แบบ ได้แก่ ความเป็นพิษเฉียบพลัน เช่น ผื่นหนังเป็นผื่นคัน ร่างกายอ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก ใจสั่น ตาพร่า คลื่นไส้ เป็นคลื่น และความเป็นพิษเรื้อรัง เช่น พิษต่อระบบประสาท ระบบสืบพันธุ์ ผื่นหนัง ก่อให้เกิดมะเร็ง⁽⁶⁾ อันตรายที่เกิดขึ้นจะรุนแรงมากขึ้นกับช่องทางที่สารพิษเข้าสู่ร่างกาย ความเป็นพิษของสารเคมี ความถี่และระยะเวลาที่ใช้⁽¹⁾ จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีประชากรที่เป็นแรงงานนอกระบบมากกว่าครึ่งหนึ่งทำงานในภาคเกษตรกรรม ปัญหาความไม่ปลอดภัยส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสสารเคมี ร้อยละ 57.3⁽⁴⁾ นอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและชุมชน⁽⁷⁾ และเป็นปัญหาของสังคมไทย ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสังคมไทยยังขาดความตระหนักร่วมกันอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะผลกระทบต่อเกษตรกรและประชาชนทั่วไป⁽⁸⁾

จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นหลัก เกษตรกรมีความกลัวการสูญเสียผลผลิต หากมีการระบาดของโรคแมลงเกษตรกรจะฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชทันที การมีความรู้ที่ถูกต้อง จะเพิ่มความตระหนักถึงอันตรายและมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช⁽⁹⁻¹⁰⁾ จากข้อมูลข้างต้น มีการศึกษาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มประชาชนและเกษตรกร แต่ยังขาดการศึกษาข้อมูลด้านการทำงาน ข้อมูลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในประเด็นเกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้และการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มประกอบอาชีพทำนาอย่างแพร่หลาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพื้นที่เพาะปลูกข้าวมากที่สุดในประเทศ โดยจังหวัดอุบลราชธานีมีพื้นที่เพาะปลูกข้าวมากที่สุด⁽¹¹⁾ อำเภวารินชำราบ ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่



มีอาชีพเป็นเกษตรกร และประกอบอาชีพทำนาเป็นหลัก มีพื้นที่ทำการเกษตรคิดเป็นพื้นที่ร้อยละ 49.83⁽¹²⁾ เกษตรกรส่วนใหญ่เลือกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อให้ได้ผลผลิตทางการเกษตรเพิ่มสูงขึ้น สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นิยมใช้คือ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต เกษตรกรเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช⁽¹³⁾ หากเกษตรกรมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่ถูกต้อง จะมีความเสี่ยงที่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมตามมา

จากปัญหาดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมความปลอดภัยเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้ประกอบอาชีพทำนา เพื่อเป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้วางแผน กำหนดนโยบายและแนวทางให้ผู้ประกอบอาชีพทำนา มีพฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องและปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมความปลอดภัยเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้ประกอบอาชีพทำนา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้ประกอบอาชีพทำนา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ประกอบอาชีพทำนา บ้านหนองหอ หมู่ 9 ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 160 คน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Krejcie & Morgan(1970) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 114 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้น 5% ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามนี้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการทำงาน เป็นคำถามเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ



ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นคำถามเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ

การประเมินระดับความรู้ ใช้เกณฑ์แบ่งระดับคะแนนของ Bloom (1971)⁽¹⁶⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง (คะแนนเฉลี่ย 0.80-1.00) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 0.60-0.79) ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย < 0.60) การประเมินระดับทักษะการใช้เกณฑ์แบ่งระดับคะแนนของ Best (1977)⁽¹⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดี (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67) ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) การประเมินระดับพฤติกรรม ใช้เกณฑ์แบ่งระดับคะแนนของ Best (1977)⁽¹⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดี (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00) ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Validity) ของแบบสอบถามผ่านการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัย 3 ท่าน และคำนวณค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) ในแต่ละข้อได้อยู่ในช่วง 0.6-1.0 หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) ได้แก่ ผู้ประกอบอาชีพทำนา บ้านศิระกระบือ ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาหาความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.714

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการทำงาน ข้อมูลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สถิติเชิงอนุมานใช้ Chi-Square Tests ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (UBU-REC-54/2563)



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ประกอบอาชีพทำนา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.67 มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 70.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.72 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.47) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.50 และศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.50 ดังตารางที่ 1

2. ข้อมูลด้านการทำงาน

ผู้ประกอบอาชีพทำนา มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 11 ปี ร้อยละ 61.70 ใช้เวลาการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแต่ละครั้งน้อยกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 83.30 ใช้วิธีการฉีดพ่นด้วยตนเอง ร้อยละ 77.50 ชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ ได้แก่ 2,4-D ไดเมทิลแอมโมเนียม ร้อยละ 63.30 รองลงมา คือ ไกลโฟเซต ร้อยละ 28.30 เดือนมิถุนายน ทำการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด ร้อยละ 39.20 รองลงมา คือ พฤษภาคม ร้อยละ 31.70 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน (%)
เพศ	
ชาย	68 (56.67)
หญิง	52 (43.33)
อายุ	
<50 ปี	84 (70.00)
≥50 ปี	36 (30.00)
(ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.72 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.47)	
สถานภาพสมรส	
โสด	7 (5.83)
แต่งงาน	99 (82.50)
หย่าร้าง	14 (11.67)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	46 (38.33)
มัธยมศึกษา	69 (57.50)
อนุปริญญา	3 (2.50)
ปริญญาตรี	2 (1.67)



ตารางที่ 2 ข้อมูลการทำงาน (n = 120)

ข้อมูลการทำงาน	จำนวนคน (%)
ประสบการณ์ในการทำงาน	
<11 ปี	74 (61.70)
≥11 ปี	46 (38.30)
เวลาการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแต่ละครั้ง	
< 4 ชั่วโมง	100 (83.30)
> 4 ชั่วโมง	20 (16.70)
ใช้วิธีการฉีดพ่น	
ฉีดพ่นด้วยตนเอง	93 (77.50)
จ้างฉีดพ่น	27 (22.50)
ชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	
2,4-D ไคเมทิลแอมโมเนียม	76 (63.30)
ไกลโฟเซต	34 (28.30)
พาราควอต	8 (6.70)
อื่นๆ	2 (1.60)
เดือนที่ฉีดพ่น	
พฤษภาคม	38 (31.70)
มิถุนายน	47 (39.20)
กรกฎาคม	35 (29.20)

3. ระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ระดับความรู้ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86 ± 0.17 , 0.97 ± 0.14 และ 0.98 ± 0.10 ตามลำดับ ซึ่งในภาพรวมจัดอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 3

ระดับทักษะ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทักษะในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.39 ± 0.55 , 4.38 ± 0.63 และ 4.25 ± 0.60 ตามลำดับ ซึ่งในภาพรวมจัดอยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 3



ระดับพฤติกรรมความปลอดภัย แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.78 ± 0.55 , 2.24 ± 0.54 และ 2.84 ± 0.34 ตามลำดับ ซึ่งในภาพรวมจัดอยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (n = 120)

หัวข้อ	ความรู้		ทักษะ		พฤติกรรมความปลอดภัย	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. การเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	0.86	0.17	4.39	0.55	1.78	0.55
2. การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	0.97	0.14	4.38	0.63	2.24	0.54
3. การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	0.98	0.10	4.25	0.60	2.84	0.34
ภาพรวม	0.94	0.13	4.34	0.59	2.29	0.47
แปลผล	ระดับสูง		ระดับดี		ระดับดี	

4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการทำงาน ข้อมูลความรู้ และข้อมูลทักษะกับระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ดังตารางที่ 4

สรุปผลการวิจัย

ความรู้ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ทักษะและพฤติกรรมความปลอดภัยทั้ง 3 ด้าน ภาพรวมอยู่ในระดับดี



และปัจจัยด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้ประกอบอาชีพทำนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($n = 120$)

หัวข้อ	ระดับพฤติกรรมความปลอดภัย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช				χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	ดี	รวม		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
ความรู้เกี่ยวกับ การเก็บรักษา ภาชนะบรรจุ สารเคมีกำจัด ศัตรูพืช					13.768	0.001 *
ปานกลาง	1 (0.80)	1 (1.80)	8 (6.70)	10 (8.30)		
สูง	0 (0.00)	2 (1.70)	108 (90.00)	110 (91.70)		

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

หมายเหตุ : χ^2 = Chi-Square , % = Percentage , Mean = ค่าเฉลี่ย, S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

อภิปรายผลการวิจัย

ระดับความรู้ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.86 ± 0.17 , 0.97 ± 0.14 และ 0.98 ± 0.10 ตามลำดับ ซึ่งภาพรวมจัดอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความรู้ในเรื่องการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ อาจเนื่องจากงานวิจัยนี้ผู้ประกอบอาชีพทำนาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ทำให้การเรียนรู้ เข้าใจได้ง่าย และมีความสามารถในการหาความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามช่องทางต่างๆ จากการอ่าน สื่อออนไลน์ หรือคลิปวิดีโอ มีประสบการณ์ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนิดพ่นด้วยตนเองซึ่งต้องเคยอ่านฉลาก วิธีการใช้งานและข้อควรระวัง จึงทำให้มีความรู้ในระดับสูง



ระดับทัศนคติ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.39 ± 0.55 , 4.38 ± 0.63 และ 4.25 ± 0.60 ตามลำดับ ซึ่งภาพรวมจัดอยู่ในระดับดี สอดคล้องการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนา อยู่ในระดับดี⁽¹⁰⁾ เนื่องจากทัศนคติ เป็นความเชื่อ ความตระหนัก ที่บุคคลได้รับและทัศนคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากการได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารจากประสบการณ์โดยตรงของบุคคลนั้น หรือการเรียนรู้โดยผ่านประสบการณ์และข้อมูลจากผู้อื่น การมีประสบการณ์เคยได้รับอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จะทำให้เกิดความตระหนักถึงอันตรายที่ได้รับจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช⁽¹⁰⁾ และความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตระหนักต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช⁽²⁰⁾ โดยงานวิจัยนี้ ผู้ประกอบอาชีพทำนาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีประสบการณ์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชฉีดพ่นด้วยตนเอง และมีความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้มีทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี

ระดับพฤติกรรมความปลอดภัย แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.78 ± 0.55 , 2.24 ± 0.54 และ 2.84 ± 0.34 ตามลำดับ ซึ่งภาพรวมจัดอยู่ในระดับดี สอดคล้องการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประชาชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม (KAP theory) ที่ว่าความรู้ จะส่งผลต่อทัศนคติ และส่งผลต่อการปฏิบัติหรือพฤติกรรมตามมา ในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ การมีความรู้ที่สูง จะส่งผลให้มีทัศนคติที่ดี นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมที่ดีตามมา จากงานวิจัยนี้ ผู้ประกอบอาชีพทำนามีความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดีด้วย

ข้อมูลความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) สอดคล้องงานวิจัยของ Sharafti (2018)⁽²¹⁾ ระดับการศึกษาและการฝึกอบรม หรือการได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากสารกำจัดศัตรูพืชเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อปริมาณการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเนื่องด้วย ความรู้เป็นความสามารถของมนุษย์ในการจดจำ เนื้อหาเรื่องราวต่างๆ และเมื่อเข้าใจจะสามารถนำความรู้ ไปตัดสินใจและแสดงออกมาเป็น



พฤติกรรมว่าจะเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติด้วยความเป็นเหตุเป็นผลจากพื้นฐานความรู้ที่มี จากผลการศึกษา ผู้ประกอบอาชีพทำนามีความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษาภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับสูง ทราบถึงหลังจากฉีดพ่นสารเคมีจะจัดเก็บภาชนะบรรจุสารเคมีในห้องเก็บเฉพาะห่างจากมือเด็ก มีการติดฉลากบนภาชนะบรรจุสารเคมีให้ทราบชนิดของสารเคมี มีการจัดการภาชนะบรรจุสารเคมีหลังจากใช้งานหมดแล้วให้เหมาะสม รวมถึงมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับสูง ทำให้ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษา ผู้ประกอบอาชีพทำนามีความรู้ในระดับสูง มีทัศนคติและพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี และความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละภาคส่วน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด และอำเภอ ควรสนับสนุนนโยบายการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ถูกต้องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรจัดกิจกรรมหรือทำสื่อ ในการให้ความรู้ตั้งแต่การซื้อ การจัดเก็บ การใช้ ความเป็นพิษ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการสัมผัสสารเคมีทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม รวมถึงวิธีการป้องกันอันตรายเมื่อต้องใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้กับผู้ประกอบอาชีพทำนา ในช่วงก่อนฤดูทำนา และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ประกอบอาชีพทำนา บ้านหนองหอ หมู่ 9 ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามและขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ในการให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. คู่มือเกษตรกรปลอดโรคสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2553. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1337520221028030219.pdf>



2. สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร. รายงานสรุปการนำเข้าวัตถุดิบทรายทางการเกษตรปี พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.doa.go.th/ard/wp-content/uploads/2024/04/597.pdf>
3. สมจิต บุญพา และพรพรรณ สกุลคู. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก บ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี 2561; 11(1): 38-46.
4. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของแรงงานนอกระบบ ปี 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/20220224_01A.pdf
5. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/doe/journal_detail.php?publish=3594
6. สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย. สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์คงค้าง 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.pcd.go.th/publication/5230/>
7. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. การศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเคมีอันตรายที่ใช้ในภาคเกษตร (ไกลโฟเสต) และค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/doed/journal_detail.php?publish=11395.
8. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. คู่มือรู้ทันโรคและภัยสุขภาพสำหรับประชาชน 2562. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/journal_detail.php?publish=5974
9. สุวรรณ ประณีตวาทกุล, ปรศนิษฐ์ ทิพย์รักษา, เอื้อ สิริจินดา, นภสม สิ้นเพิ่มสุขสกุล, ชลธิชา จันท์แจ่ม และธวัชหทัย บุญยรัตนเสวี. โครงการวิจัย “โครงการทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการจัดการศัตรูพืชที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย”: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:150194
10. ทวีรัตน์ เฟื่องเนิน, วิโรจน์ จันทร, สรัญญา ถีป้อม และสมชาย สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนา ตำบลแสนตอ อำเภอนาวังบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2559; 9(33): 26-36.



11. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร.ข้าว วนาปี: เนื้อที่เพาะปลูก เนื้อที่เก็บเกี่ยว ผลผลิต และผลผลิตต่อไร่ ระดับประเทศ ภาค และจังหวัด ที่ความชื้น 15% ปีเพาะปลูก 2565/66. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567].เข้าถึงได้จาก: [https://www.oae.go.th/assets/portals/1/fileups/prcaidata/files/major%20rice%2065\(1\).pdf](https://www.oae.go.th/assets/portals/1/fileups/prcaidata/files/major%20rice%2065(1).pdf)
12. สำนักงานเกษตรอำเภอวารินชำราบ. สถิติการปลูกพืช อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ubonratchathani.doae.go.th/warinchamrap>
13. กุลธิดา ยะสะกะ, วรพรรณ ภูษาด และสุนิสา ชายเกลี้ยง. สถานการณ์โรคพืชจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและอัตราป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในเกษตรกรรเพาะปลูกพืชเศรษฐกิจในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม 2565; 31(2): 35-43.
14. ดวงใจ แสนทวีสุข, สุภาพร ใจการุณ และชวนชัย เชื้อสาธุชน.ปัจจัยความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประชาชน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2561; 7(2): 26-36.
15. พิมพ์ดา ภิรมย์จิตร และสุชาดา ภัยหลีกถี่. ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านนาเหล่า อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน 2557; 2: 299-309.
16. Blooms BS, Hastings JT, Madus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. 1st ed. New York: McGraw-Hill 923; 1971.
17. Best, W. Research in education (3rd ed.).Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
18. ประจักษ์ เทพคุณ. ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลบองอ อำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส.วารสารแก่นเกษตร 2564; 49(1): 665-670.
19. พรรณิภา ไพราม. พฤติกรรมการป้องกันอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกรชาวสวนลำไย ตำบลหนองตาตอง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี: ปรินญาณิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
20. ยุทธนา คำมงคล. ความรู้และการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรพันธะสัญญาบ้านห้วยสิงห์ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน (การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: 2550.
21. Sharafi K, Pirsahab M, Maleki S, Arfaeina H, Karimyan K, Moradi M, Safari,Y. Knowledge, attitude and practices of farmers about pesticide use, risks, and wastes; a cross-sectional study (Kermanshah, Iran). Science of The Total Environment 2018; 645: 509-517.



ผลของโปรแกรมให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

THE EFFECTS OF ONLINE PARENTING EDUCATION PROGRAM ON PREGNANT WOMEN AT BORABUE HOSPITAL MAHASARAKHAM PROVINCE

Received: March 30, 2025

Revised: May 20, 2025

Accepted: June 28, 2025

อภิญญา สารภักดิ์

Apinya Sarapak

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และความเข้มข้นเลือดก่อนและหลังให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์และแบบปกติและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความเข้มข้นเลือดหลังการให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์และแบบปกติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้หญิงตั้งครรภ์และค่าความเข้มข้นเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Non-parametric ได้แก่ Wilcoxon sign ranks test และ Mann Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กับค่าความเข้มข้นเลือดผ่านสื่อออนไลน์ และแบบปกติ หลังให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ 2) ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดก่อนและหลังให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์และแบบปกติ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ $p\text{-value} > 0.05$ 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กับค่าความเข้มข้นเลือดระหว่างกลุ่มผ่านสื่อออนไลน์และแบบปกติ พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ $p\text{-value} > 0.05$

ข้อเสนอแนะ ควรนำการให้ความรู้สื่อออนไลน์มาใช้ร่วมกับโรงเรียนพ่อแม่แบบปกติ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ได้สะดวกและง่ายขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมให้ความรู้, โรงเรียนพ่อแม่, สื่อออนไลน์



Abstract

Quasi-experiment research, two group, pre-post aimed to compare. knowledge and blood concentration before and after providing parent school knowledge via online media and normal methods, and to compare the mean knowledge score and blood concentration values after providing parent school knowledge via online media and normal methods. A specific sample of 30 people were selected using a simple random sampling method, resulting in 15 people per group. The research instruments included general information, a knowledge test for pregnant women, and blood concentration values. Data were analyzed using description statistics, including numbers, percentages, standard deviations, and Wilcoxon sign ranks test, Mann Whitney U test.

The results showed that 1) the mean knowledge score and blood concentration values through online media and normal group providing knowledge were significantly higher than the mean value with statistical significance $p\text{-value} < 0.05$ 2) The mean blood concentration value before and after providing knowledge through online media and normal group were not statistical difference $p\text{-value} > 0.05$ 3) the mean knowledge score and blood concentration value between the online media and normal group were not statistical difference $p\text{-value} > 0.05$.

Suggestion: online media education should be integrated with traditional parent school to make it easier for pregnant women to access parenting school activities.

Keywords: Knowledge program, Parent school, Online media



บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) รายงานว่า สถานการณ์ทั่วโลก และสถานการณ์ในประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาการตายของมารดา จากรายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของประเทศไทย⁽¹⁾ ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า 1) อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคนอยู่ที่ 25.10, 36.90 และ 25.90 ตามลำดับ 2) อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน ต่อการเกิดมีชีพพันคนอยู่ที่ 4.20, 4.70 และ 4.50 ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายไม่เกิน 3.7 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ 3) ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 16.4, 15.15, และ 14.46 ซึ่งเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 14 ซึ่งสาเหตุการตายในมารดาเกิดจากการตกเลือดหลังคลอด สาเหตุการตายของทารกเกิดจากภาวะพิการแต่กำเนิด ภาวะคลอดก่อนกำหนด จากสถานการณ์ข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2⁽²⁾ (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยเรื่องการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยมีเป้าประสงค์ 2 ประการ คือ 1) เพื่อให้การเกิดทุกรายมีการวางแผน และเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และได้รับการช่วยเหลือในการมีบุตร และ 2) เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพ ถูกเฝ้าระวังและแม่ปลอดภัย รวมทั้งได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี จากสถานการณ์ในปัจจุบัน พบว่ายังไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจเนื่องมาจากการแก้ปัญหาสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และที่สำคัญ คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ สามเษและครอบครัว ที่ถือว่าเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ให้มีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยลดและป้องกันผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2563-2565⁽³⁾ พบอัตราส่วนการตายมารดา 17.09, 17.89 และ 59.48 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วันต่อการเกิดมีชีพพันคนอยู่ที่ 4.62, 0.33 และ 0.28 ตามลำดับ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 23.67, 26.22 และ 25.96 ตามลำดับ สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2563-2565⁽⁴⁾ พบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 25.64, 28.16 และ 32.23 ตามลำดับ หากหญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะโลหิตจางอาจส่งผลกระทบต่อทารกก่อนกำหนด น้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ เกิดภาวะโลหิตจางในเด็ก พัฒนาการล่าช้าและมีความผิดปกติของระบบประสาท⁽⁵⁾

การตั้งครรภ์จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกาย ดังนั้น การให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้การตั้งครรภ์มีคุณภาพ ซึ่งความรู้ที่จำเป็นในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาบำรุงครรภ์



การดูแลสุขภาพช่องปาก การออกกำลังกาย การกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล⁽⁶⁾ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเอง จะส่งผลกระทบต่อตัวมารดาและทารกในครรภ์หลายด้าน

จะเห็นได้ว่า การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอดมีความจำเป็น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้ หากหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องอาจส่งผลให้ปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ไปจนถึงมีพัฒนาการทางสมองและสติปัญญาไม่ดี จากการทบทวนรูปแบบในการให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ส่วนใหญ่ในปัจจุบันจะให้แบบรายกลุ่ม รายบุคคล โดยผู้เรียนต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล แต่จากการปฏิบัติงานตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ได้ 100 % เนื่องจากบางส่วนมีภาระในการทำงาน ไม่สามารถงานได้บ่อย จึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ได้ หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้จึงได้ข้อมูลในการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ไม่ครบถ้วน ดังนั้นวิธีการให้ความรู้แบบออนไลน์สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ และใช้เป็นทางเลือกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในการเรียนรู้ เพื่อไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์⁽⁷⁾ จะเห็นว่า การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์แสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ได้ การจัดรูปแบบการเรียนรู้สามารถทำได้หลากหลายช่องทาง จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565⁽⁸⁾ พบว่า คนไทยใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 7 ชั่วโมง 4 นาที/วัน Gen Y (ช่วงอายุ 22-41 ปี) เป็นเจนเนอเรชันที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุด อยู่ 8 ชั่วโมง 55 นาทีต่อวัน สะท้อนถึงการพัฒนาของบุคลากรภาครัฐที่ต้องทำงานรองรับ บริการภาครัฐออนไลน์ที่บริการประชาชนมากขึ้น รวมถึงความพร้อมของบุคลากรภาครัฐในการยกระดับการทำงานสู่ยุคดิจิทัล ด้วยการทำงานแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-office) มากขึ้น ประเภทสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้มากที่สุด คือ E-marketplace, Facebook Website และ Line ซึ่งส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการปรึกษาและรับบริการทางการแพทย์ออนไลน์ ติดต่อสื่อสารออนไลน์ ดูหนังฟังเพลง ซื้อสินค้าออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2564-2566⁽⁹⁾ พบว่า การใช้โทรศัพท์มือถือของประชาชน ร้อยละ 94.7 95.3 และ 95.5 ตามลำดับ การใช้อินเทอร์เน็ตของประชาชน ร้อยละ 85.3 88.0 และ 89.5 ตามลำดับ จะเห็นว่า ในปัจจุบันมีการใช้อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือในการติดต่อสื่อสารกันอย่างแพร่หลาย จากการสังเกตและสอบถามผู้รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ใช้สมาร์ทโฟน และใช้สื่อสังคมออนไลน์ Facebook และ Line ในการติดต่อสื่อสาร รูปแบบการใช้ชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป คนไทยก้าวเข้าสู่ยุคดิจิทัล “ดิจิทัลไทยแลนด์” ประชาชนคุ้นชินกับการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินชีวิต

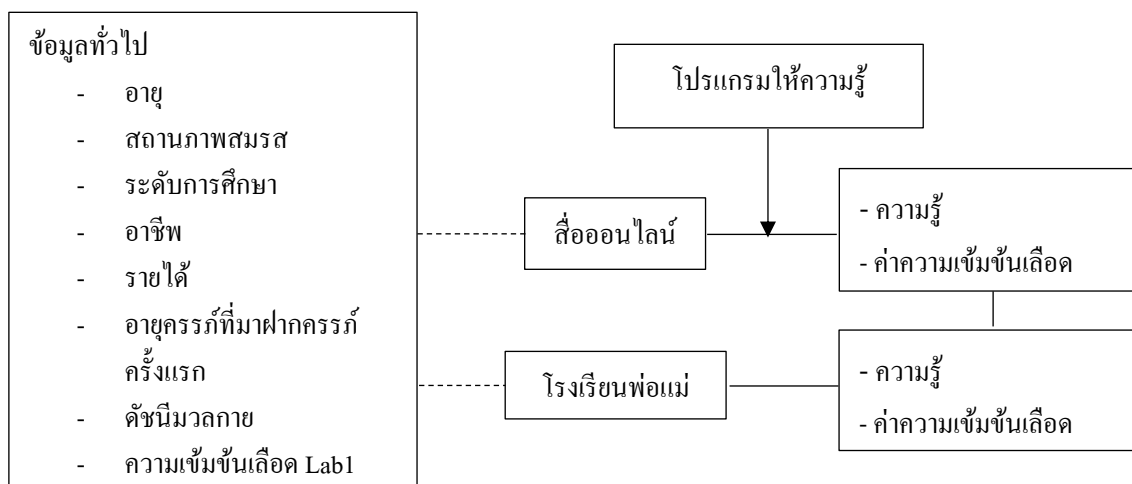


ผู้คนมีการใช้อินเทอร์เน็ตกันอย่างแพร่หลาย ไม่ว่าจะเป็นการติดตามข่าวสาร สืบค้นข้อมูล การเข้าชมสื่อทางการบันเทิง การซื้อขายสินค้าผ่านระบบออนไลน์⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ ด้านการศึกษายังส่งเสริมให้ครูใช้สื่อโซเซียลมีเดียประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน คือสามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา ตามความต้องการของผู้เรียน และผู้เรียนสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สอนได้ ส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนสูงขึ้นตามลำดับ⁽¹¹⁾ การศึกษาผ่านสื่อสังคมออนไลน์เป็นอีกนวัตกรรมหนึ่งที่เป็นช่องทางให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงบทเรียนได้สะดวก รวดเร็ว มากขึ้น ดังนั้น จึงเป็นช่องทางและโอกาสในการให้ความรู้ และสร้างสื่อออนไลน์ที่เป็นประโยชน์ สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และรับความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ได้ตลอดเวลา จึงเหมาะกับการนำมาใช้ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และเหมาะสมกับผู้รับบริการมากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าความเข้มข้นเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าความเข้มข้นเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่แบบปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าความเข้มข้นเลือดหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์และแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย





ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment) เปรียบเทียบ 2 กลุ่มวัดก่อนหลัง (Group pretest-posttest Design) ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2567-เดือนมกราคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่คลินิกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ที่คลินิกสูติรีเวชกรรม คำนวณจากสูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง ประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (two independent mean) โดยกำหนดความเชื่อมั่นในการทดลอง ร้อยละ 95 ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตติยภูมิจังหวัดขอนแก่น มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการรับประทานอาหารระหว่างตั้งครรภ์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.12 และ 7.94 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.96 และ 1.54 ตามลำดับ นำมาคำนวณโดยใช้สูตร ผ่านแอปพลิเคชัน n4Studies⁽¹²⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย เนื่องจากปัจจุบันจำนวนหญิงตั้งครรภ์ลดลงจึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย กลุ่มละ 15 ราย โดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) ตามลำดับการเข้ารับบริการในคลินิกสูติรีเวชกรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา คือ 1) หญิงตั้งครรภ์แรก 2) อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ 3) หญิงตั้งครรภ์มีผลการคัดกรองธาลัสซีเมียปกติ และไม่เป็นโรคเลือดอื่นๆ 4) มีโทรศัพท์มือถือ สามารถติดต่อสื่อสาร เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และใช้แอปพลิเคชันได้ 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ 6) หญิงตั้งครรภ์ยินยอมและสมัครเข้าร่วมในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว ความเข้มข้นเลือดก่อนให้โปรแกรม ความเข้มข้นเลือดหลังให้โปรแกรม

1.1.2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ คำถามเชิงลบ 5 ข้อ เป็นแบบถูกผิด ข้อคำถามเชิงลบจะมีการกลับคะแนนตรงกับข้อคำถามเชิงบวก จากนั้นแปลผลโดยใช้การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom⁽¹³⁾ คำนวณค่าเป็นร้อยละ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง หมายถึง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน)



ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกระทำ ได้แก่ โปรแกรมให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์ และโปรแกรมให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่แบบปกติตามมาตรฐานของกรมอนามัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI)⁽¹⁴⁾ ทำการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยจะนำแบบวัดความรู้ไปทดลองใช้ (Try-Out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำปัญหาอุปสรรคที่พบมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือแบบคูอร์-ริชาร์ดสัน ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

2. กลุ่มตัวอย่างมีขนาดกลุ่มละ 15 ราย จึงทดสอบการกระจายข้อมูลได้ค่า $\text{sig} < 0.05$ แปลว่าข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ ดังนั้น การวิเคราะห์ข้อมูลก่อน-หลังของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ Wilcoxon sign ranks test และวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ Mann Whitney U test

ขั้นตอนการทดลอง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) จำนวน 30 คน

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยและสิทธิประโยชน์ให้ทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อหญิงตั้งครรภ์ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ มีดังนี้

2.1 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่แบบออนไลน์ และกลุ่มที่ให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่แบบปกติ โดยกลุ่มโรงเรียนพ่อแม่แบบออนไลน์ให้เข้ากลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์

2.2 ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ใช้เก็บข้อมูลก่อนให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ทั้ง 2 กลุ่ม

2.3 ให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ 3 ครั้ง คือ ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ ครั้งที่ 2 ช่วงอายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 ช่วงอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์

3. เก็บข้อมูลความเข้มข้นเลือดจากการเจาะเลือดครั้งที่ 1 และการเจาะเลือดครั้งที่ 2



4. ให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่แบบไลน์ และกลุ่มให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่แบบปกติ ทำแบบวัดความรู้หลังให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ และทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 21/2567 รับรองระหว่างวันที่ 23 กันยายน 2567-22 กันยายน 2568 เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัยต่อหญิงตั้งครรภ์ การเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มผ่านสื่อออนไลน์ และกลุ่มปกติมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน กลุ่มผ่านสื่อออนไลน์ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 73.30 ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกับบิดามารดาและสามี ร้อยละ 73.33 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 86.68 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 40 รายได้ของครอบครัว 10000-20000 บาท/เดือน ร้อยละ 46.67 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	แบบออนไลน์		แบบปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
< 20 ปี	4	26.70	2	13.33
20-34 ปี	11	73.30	11	73.34
> 35 ปี	0	0	2	13.33
ลักษณะครอบครัว				
อยู่ร่วมกันกับสามี	3	20	1	6.67
อยู่ร่วมกับบิดา-มารดา	0	0	4	26.66
อยู่ร่วมกับบิดา-มารดาและสามี	11	73.33	10	66.67
อยู่คนเดียว	1	6.67	0	0
อยู่ร่วมกับบิดา-มารดา	0	0	4	26.66
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	0	0	1	6.67
มัธยมศึกษา	13	86.67	12	80
ปวช./อนุปริญญา	2	13.33	2	13.33



ข้อมูลทั่วไป	แบบออนไลน์		แบบปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประกอบอาชีพ				
แม่บ้าน	6	40	10	66.67
ค้าขาย	1	6.7	1	6.67
พนักงานบริษัท	1	6.7	2	13.33
รับจ้างทั่วไป	7	46.7	2	13.33
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	4	26.67	3	20
10,000-20,000 บาท	7	46.66	10	66.67
มากกว่า 20,000 บาท	4	26.67	2	13.33

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กับค่าความเข้มข้นเลือดก่อนและหลังให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์ พบว่า หลังให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดก่อนและหลังให้ความรู้ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กับค่าความเข้มข้นเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์

รูปแบบโปรแกรม	n	M	S.D.	Z	p-value
ความรู้					
ก่อน	15	13.07	1.71		
หลัง	15	14.87	0.35	-3.126	0.002
ค่าความเข้มข้นเลือด					
ก่อน	15	37.53	2.29		
หลัง	15	36.80	1.97	-1.000	0.317

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กับค่าความเข้มข้นเลือดก่อนและหลังให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่แบบปกติ พบว่า หลังให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนให้



ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดก่อนและหลังให้ความรู้ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กับค่าความเข้มข้นเลือด ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่แบบปกติ

รูปแบบโปรแกรม	n	M	SD	Z	p-value
ความรู้					
ก่อน	15	12.67	1.63		
หลัง	15	14.60	0.736	-3.204	0.001
ค่าความเข้มข้นเลือด					
ก่อน	15	36.45	2.83		
หลัง	15	35.06	2.34	0.000	1.000

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กับค่าความเข้มข้นเลือดหลังให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ ผ่านสื่อออนไลน์และแบบปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าความเข้มข้นเลือด ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าความเข้มข้นเลือดหลังให้ความรู้โรงเรียน พ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์และแบบปกติ

รูปแบบโปรแกรม	n	Mean Rank	Z	p-value (1-tailed)
ความรู้				
ผ่านสื่อออนไลน์	15	17.07		
แบบปกติ	15	13.93	-1.503	0.345
ค่าความเข้มข้นเลือด				
ผ่านสื่อออนไลน์	15	16.50		
แบบปกติ	15	14.50	-1.439	0.539

สรุปผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาล บรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กับค่าความเข้มข้นเลือดก่อนและหลัง ให้ความรู้แบบผ่านสื่อออนไลน์ และแบบปกติ หลังให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนให้



ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดก่อนและหลังให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ และแบบปกติ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กับค่าความเข้มข้นเลือดหลังให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์และแบบปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าความเข้มข้นเลือด ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวารัตน์ พรหมเมศ⁽⁷⁾ ผลการให้ความรู้แบบออนไลน์และแบบปกติในโรงเรียนพ่อแม่ต่อความรู้และการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์แรก

อภิปรายผลการวิจัย

จะเห็นได้ว่า กลุ่มให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์และแบบปกติ หลังได้รับความรู้มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรางรัตน์ โฉมิตธนสาร⁽¹⁵⁾ การศึกษาของ ชิตพร สุวรรณอำภา⁽¹⁶⁾ และการศึกษาของ ลัดดา ดีอันทอง⁽¹⁷⁾ เนื่องจากการให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ทั้ง 2 แบบมีเนื้อหาที่จำเป็น และครอบคลุมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์แรก มีความสนใจในความรู้เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเอง สำหรับกลุ่มให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ สามารถดูวิดีโอในกลุ่มได้ไม่จำกัด และสอบถามข้อมูลได้ตลอดเวลา จึงทำให้ง่ายต่อการเรียนรู้ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตในยุคปัจจุบัน ควรนำวิธีการให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อออนไลน์มาใช้ในการสอนโรงเรียนพ่อแม่ จะทำให้นักлаกรสามารถจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ และหญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ได้ง่ายและสะดวก นอกจากนี้ ควรมีการประเมินติดตามความรู้ของหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง และควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์กัมพล เอี่ยมเกื้อกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ ทีมสหวิชาชีพที่คลินิกสูตินรีเวชกรรมและหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.



2. สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.การให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์
คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์;
2560.
3. งานยุทธศาสตร์สุขภาพ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. คู่มือการขับเคลื่อนแผน
ยุทธศาสตร์ ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข
ปี 2565 คู่มือปฏิบัติระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2565. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดมหาสารคาม; 2565.
4. คณะกรรมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กอำเภอบรบือ. รายงานผลการดำเนินงานอนามัยแม่
และเด็ก. มหาสารคาม: โรงพยาบาลบรบือ; 2565.
5. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือแนวทางควบคุมและป้องกันภาวะ
โลหิตจาง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
6. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือโรงเรียนพ่อแม่เพื่อลูกรัก.
นนทบุรี: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2559.
7. ทวารรัตน์ พรหมเมศ, อรพรรณ จันทร์เต็ม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีธรรม. ผลการ
ให้ความรู้แบบออนไลน์และแบบปกติในโรงเรียนพ่อแม่ต่อความรู้และการดูแลตนเองในหญิง
ตั้งครรภ์แรก. ราชวดีสาร วิทยาลัยบรมราชชนนี สุรินทร์ 2565; 12(1): 122-135.
8. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์.รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ต
ในประเทศไทย ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.etda.or.th/th>
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารใน
ครัวเรือน พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240426085756_92752.pdf
10. มนัสชนนท์ เอกโกวิวัฒน์. การใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างสร้างสรรค์. [อินเทอร์เน็ต]. 2565
[เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/
elaw_parcy/ewt_dl_link. php?nid=2809](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=2809)
11. รัชญวัฒน์ กาบคำ. เรียนผ่านโซเชียลเน็ตเวิร์ค. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม
2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.mculture.go.th/it/ewt_news.php?nid=116&filename=index
12. Bernard, R(2000). Fundamentals of biostatistics (5th ed.). Duxbery: Thomson Learning; 308.
13. Benjamin, S Bloom.1986. Learning for mastery'. Evaluation comment. Center for the study
of instruction program. University of California at Los Angeles.Vol 2: 47-62.



14. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวิจัยทางการแพทย์. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ; 2562.
15. สุรางรัตน์ โหมยตชนสาร, วิไลลักษณ์ ปิยะวัฒนพงษ์, นงลักษณ์ แสนกิตะ, อภัสรา มาประจักษ์. ผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7/article/view/251280/169756>
16. ธิดิพร สุวรรณอำภา และทัศนีย์วรรณ พฤษยามะธานนท์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/260306/178639>
17. ลัดดา คีอังกอง, ศิริวรรณ สงจันทร์, อธิฐาน สารินทร์. ผลของการใช้รูปแบบเชิงรุกในโรงเรียนพ่อแม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 มกราคม 2568]; เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7/article/view/272322>



การยอมรับการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ ในโรงพยาบาลนาลาย อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ACCEPTANCE OF DASHBOARD TECHNOLOGY FOR INFECTIOUS WASTE MANAGEMENT IN NAPALAI HOSPITAL, BANG KHONTHI DISTRICT, SAMUT SONGKHRAM PROVINCE

Received: March 31, 2025

Revised: June 03, 2025

Accepted: July 05, 2025

ศิวาภรณ์ ชิมโพธิ์คลัง^{1*}, นิรุวรรณ เทิร์นโบล²,

จินดาวัลย์ วิบูลย์อุทัย², รุชกร คงมัน³

Siwaporn Chimpokklang^{1*}, Niruwan Turnbull²,

Jindawan Wibuloutai², Ruchakron Kongmant³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการยอมรับการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ และเปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังการทดลองใช้ ประชากร คือ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 14 แห่ง จำนวน 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังทดลองใช้ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า การยอมรับการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.24, S.D. = 0.40) และส่วนใหญ่อยู่ในด้านการยอมรับเทคโนโลยี ($\bar{X}$ = 4.54, S.D. = 0.35) การเปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังการทดลองใช้ พบว่า หลังการทดลองใช้มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลองใช้ 2.03 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ดังนั้น ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีการอบรมด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและด้านเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับการทำงานเพื่อเป็นการพัฒนาทั้งด้านความรู้ ช่วยส่งเสริมการทำงานของเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การยอมรับ, เทคโนโลยีแดชบอร์ด, มูลฝอยติดเชื้อ

¹ นิสิตสาขาเทคโนโลยีทางสุขภาพและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Health and Safety Technology, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² รองศาสตราจารย์, สาขาเทคโนโลยีทางสุขภาพและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Assoc. Prof., Health and Safety Technology, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ นักวิจัย, ศูนย์วิจัยเฉพาะทางด้านนโยบายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Public Health and Environmental Policy in Southeast Asia Research Cluster, Mahasarakham University: PHEP-SEA

*Corresponding author E-mail: cherry.zz80@gmail.com



Abstract

This research and development study aimed to examine the acceptance of dashboard technology for infectious waste data management and to compare pretest and posttest knowledge scores. The participants included 29 healthcare personnel from one hospital and 14 sub-district health-promoting hospitals. The research instruments consisted of questionnaires, and data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results of the study revealed that overall acceptance of the use of dashboard technology for infectious waste management was at the highest level ($\bar{X}=4.24$, S.D. = 0.40), with the strongest agreement in the aspect of technology acceptance ($\bar{X}=4.54$, S.D. = 0.35). A comparison of knowledge scores before and after the implementation showed a statistically significant increase of 2.03 points (p-value < 0.001).

These findings suggest that training programs on infectious waste management and emerging technologies should be promoted to enhance knowledge and improve work efficiency among healthcare personnel.

Keywords: Acceptance, Dashboard technology, Infectious waste



บทนำ

สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อในปัจจุบันเป็นปัญหาทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญปัญหาหนึ่งในปัจจุบัน ทั้งในระดับภูมิภาค และระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้น สถานการณ์ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 518.65 ตัน พ.ศ.2565 จำนวน 24,897.91 ตัน พ.ศ.2566 จำนวน 56,014.02 ตัน และ พ.ศ.2567 จำนวน 71,815.84 ตัน แสดงให้เห็นว่า สถานบริการทางสาธารณสุขมีการผลิตมูลฝอยติดเชื้อจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งมูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาลนี้ จัดเป็นของเสียอันตราย เนื่องจากมีทั้งมูลฝอยติดเชื้อที่สามารถแพร่เชื้อโรคได้⁽¹⁾

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในประเทศไทยได้ถูกกำหนดให้ดำเนินการภายใต้กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และแผนแม่บทการบริหารจัดการมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ. 2559-2564) ที่กำหนดเป้าหมายไว้ว่า มูลฝอยติดเชื้อจะต้องได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ร้อยละ 100 ของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในปี 2563 โดยใช้มาตรการเพิ่มศักยภาพการจัดการมูลฝอยและของเสียอันตรายมีแนวทางปฏิบัติหลักคือเพิ่มศักยภาพการกำจัดและใช้ประโยชน์มูลฝอยและของเสียอันตรายด้วยการจัดตั้งศูนย์กำจัดมูลฝอยติดเชื้อและส่งเสริมการคัดแยกเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุข ห้องปฏิบัติการติดเชื้อ และส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง ดังนั้น สถานบริการด้านสาธารณสุขทุกแห่งจึงต้องมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ และมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นหน่วยบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการทดลองเกี่ยวกับโรค ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว ส่งผลให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อในปริมาณมาก หากมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของบุคลากรในโรงพยาบาล และผู้มาใช้บริการรวมถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และสุขภาพของคนในชุมชนในวงกว้าง⁽²⁾

โรงพยาบาลนภดลเป็นโรงพยาบาลชุมชน ในการให้บริการของโรงพยาบาลนภดลนั้นมีจำนวนผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยวันละ 270 ราย ผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 9 ราย ขนาดจำนวนเตียง 90 เตียง ทำให้โรงพยาบาลนภดลมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อรวมเฉลี่ยถึงวันละ 100-120 กิโลกรัม และบันทึกรายงานข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 2 ส่วน คือ บันทึกข้อมูลในระบบ E-manifest⁽¹⁾ และบันทึกลงใน Microsoft Excel เพื่อนำส่งกับงานสิ่งแวดล้อมจังหวัด และกองบริหารสาธารณสุข เพื่อเป็นการติดตามตัวชี้วัดการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งในการบันทึกข้อมูลดังกล่าวจะต้องมีการนำส่งข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ทุกๆ เดือน ซึ่งอาจจะทำให้การเก็บข้อมูลในรูปแบบดังกล่าว ไม่มีการอัปเดตข้อมูลแบบเรียลไทม์ให้กับหน่วยงาน หรือผู้บริหารในหน่วยงาน

ปัจจุบันมีการพัฒนาในการนำเทคโนโลยี หรือโปรแกรมมาใช้ในการบันทึกข้อมูลนำเสนอข้อมูลด้านการจัดการมูลฝอยทั่วไป หรือมูลฝอยติดเชื้อมากขึ้น ทั้งโปรแกรม E-manifest ที่ออกแบบโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องมีการจัดเก็บ และบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้ง



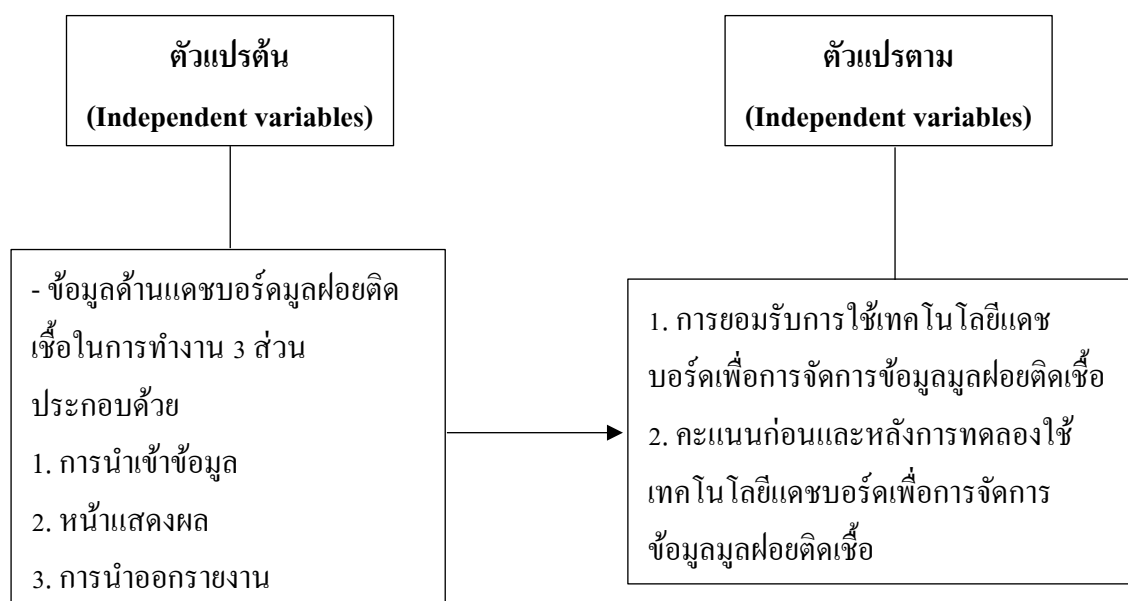
ที่จัดทำที่แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ⁽³⁾ แอปพลิเคชัน หรือโปรแกรมสำเร็จรูปของบริษัท Google ได้แก่ Google Analytic, Google Ads และ โปรแกรม Google Data ไม่เสียค่าใช้จ่าย สามารถใช้ได้ฟรี มีการจัดเก็บข้อมูลบน Product ของ Google ไว้สามารถดึงข้อมูลมาได้แบบ Real time รองรับข้อมูลได้หลายรูปแบบและเข้าถึงได้ตลอดเวลาช่วยในการนำเสนอข้อมูลเชิงกราฟฟิก รวมถึงโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสามารถส่งต่อข้อมูลหรือรายงานผ่านการแชร์ลิงค์หรืออีเมลล์และสามารถดาวน์โหลดเป็น PDF ได้⁽⁴⁾ การพัฒนาแดชบอร์ดเพื่อใช้ในการแสดงข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยลดภาระในการจัดทำรายงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามการบันทึกข้อมูล และสถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังช่วยให้การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนและบริหารจัดการดำเนินงานสามารถทำได้อย่างมีระบบมากยิ่งขึ้น

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดพัฒนาเทคโนโลยีแดชบอร์ดในการนำเข้าข้อมูลของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ และศึกษาการยอมรับการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดมูลฝอยติดเชื้อในกลุ่มเป้าหมายเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการจัดการข้อมูล และเข้าถึงข้อมูลรวมถึงการนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนางานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการยอมรับการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อน และหลังการทดลองใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ

กรอบแนวคิดการวิจัย





ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนา ADDIE MODEL⁽⁵⁾ 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. ระยะขั้นการวิเคราะห์ (Analysis Phase) การศึกษาบริบท สภาพปัญหา พฤติกรรมของบุคลากรด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และข้อมูลจากการบันทึกปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากหน่วยงานการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์

2. ระยะการออกแบบ (Design phase) มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การนำเข้าข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ (การนำเข้าข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการชั่งปริมาณมูลฝอยติดเชื้อใน รพ. และใน รพ.สต) 2) การสร้างแดชบอร์ด (จะเริ่มจากการสร้างรายงานข้อมูล โดย เตรียมชุดข้อมูล นำเข้าชุดข้อมูล สร้างรายงาน) และการรายงานผลแบ่งออกเป็นรายงานในรูปแบบ ตาราง แผนภูมิ ที่ประกอบไปด้วยปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจาก โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งการเปรียบเทียบข้อมูลและการแจ้งเตือนไปยังเจ้าหน้าที่ไปยัง G-mail

3. ระยะการพัฒนาแดชบอร์ด (Development phase) การนำ 3 ขั้นตอนในระยะการออกแบบนำมาพัฒนาการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อโดยผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป looker studio เพื่อสร้าง และแสดงผลข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ

4. ระยะการดำเนินการทดลองใช้ (Implementation Phase) การนำโปรแกรมสำเร็จรูปและเทคโนโลยีแดชบอร์ด เพื่อนำเสนอข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ซึ่งมีการให้ทำแบบทดสอบก่อนใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ด และเจ้าหน้าที่จะได้ดำเนินการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ ผ่านลิงก์ google sheet ที่เชื่อมข้อมูลมายังหน้าแดชบอร์ดที่เป็นรายงานผล เป็นระยะเวลา 1 เดือน

5. ระยะการประเมินผล (Evaluation Phase) โดยการวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการประเมินผลของภายหลังการทดลองใช้ 1 เดือน โดยทำการทดสอบการประเมินผลด้วยแบบยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ (Technology Acceptance Model: TAM)⁽⁶⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนภดล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 14 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลนภดล รพ.สต.บางพรหม, รพ.สต.ยายแพง, รพ.สต.บางคนที, รพ.สต.บางนกแขวก, รพ.สต.บางยี่รงค์, รพ.สต.บ้านปรามไทย์, รพ.สต.บางสะแก, รพ.สต.โรงหีบ, รพ.สต.บางกุ้ง, รพ.สต.จอมปลวก, รพ.สต.บ้านดอนฯ, รพ.สต.บางกระบือ และ รพ.สต.ดอนมะโนรา จำนวนทั้งสิ้น 29 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบประเมินผลด้วยแบบประเมินการยอมรับการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมัลติติคเคิลที่พัฒนาขึ้นด้วยทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ จะช่วยให้สามารถประเมินได้ว่า เทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นจะสามารถนำไปใช้ได้จริงหรือตอบสนองความต้องการในการดำเนินงานของผู้ใช้ระบบหรือไม่ โดยลักษณะคำถามให้เลือกตอบ ทั้งหมด 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการยอมรับเทคโนโลยี 5 ข้อ ด้านพฤติกรรมในความสนใจที่จะใช้เทคโนโลยี 5 ข้อ ด้านการรับรู้ว่าเทคโนโลยีมีประโยชน์ 5 ข้อ ด้านความยากง่ายในการใช้เทคโนโลยี 6 ข้อ และด้านทัศนคติและความสนใจที่จะใช้เทคโนโลยี 5 ข้อ

น้อยที่สุด	(1 คะแนน)	หมายถึง การยอมรับการประยุกต์ใช้โปรแกรมน้อยที่สุด
น้อย	(2 คะแนน)	หมายถึง การยอมรับการประยุกต์ใช้โปรแกรมน้อย
ปานกลาง	(3 คะแนน)	หมายถึง การยอมรับการประยุกต์ใช้โปรแกรมปานกลาง
มาก	(4 คะแนน)	หมายถึง การยอมรับการประยุกต์ใช้โปรแกรมมาก
มากที่สุด	(5 คะแนน)	หมายถึง การยอมรับการประยุกต์ใช้โปรแกรมมากที่สุด

โดยมีเกณฑ์การแปลผล โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ 5 ระดับ โดยการหาความกว้างของอันตรภาคชั้นดังนี้⁽⁷⁾ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.8$$

ระดับคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด

ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มาก

ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง น้อย

ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

2. แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังทดลองใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดมัลติติคเคิล เป็นข้อคำถาม 4 ตัวเลือก แปลผลตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ทั้งหมด 10 ข้อ

โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

การแปลผลคะแนนความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ⁽⁸⁾ ได้แก่

ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก

ได้คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยมีค่า IOC 0.94 ตรวจสอบความเที่ยงเชิงเนื้อหา (Reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยวิธีของ Cronbach's เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ทั้งหมด 5 ด้าน 1) ด้านการออกแบบ มีค่า 0.82 2) ด้านความยากง่าย มีค่า 0.91 3) ด้านทัศนคติต่อการใช้ มีค่า 0.93 4) ด้านพฤติกรรมต่อการใช้ มีค่า 0.75 และ 5) ด้านการยอมรับ มีค่า 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

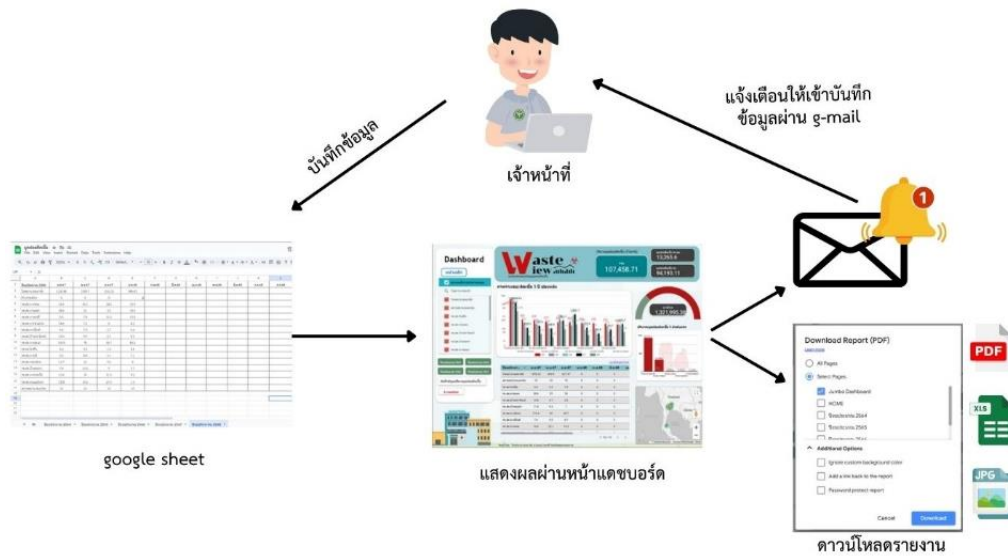
ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และแปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย และพัฒนาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 456-384/2567 รับรอง ณ วันที่ 25 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาระบบการจัดเก็บและนำเสนอข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อด้วยเทคโนโลยีแดชบอร์ดด้วย ADDIE MODEL ที่ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลการนำเข้า การสร้างแดชบอร์ด และการรายงาน เพื่อบันทึก และนำเสนอข้อมูลด้วยเทคโนโลยีแดชบอร์ด ทำให้การค้นหาข้อมูล และนำเสนอข้อมูล มีความรวดเร็ว สะดวก เห็นการรายงานปริมาณมูลฝอยติดเชื้อรายเดือน ภาพรวมมูลฝอยติดเชื้อย้อนหลัง ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการมูลฝอยติดเชื้อ และนำไปดำเนินการทดลองใช้โดยจะมีการทดสอบความรู้ก่อน หลังการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อกับเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ (IC) โรงพยาบาลนภากาศ และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อน และหลังการทดลองใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ และดำเนินการประเมินผลด้วยแบบประเมินการยอมรับการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อที่พัฒนาขึ้น ด้วยทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ (Technology Acceptance Model: TAM)⁽⁶⁾



ภาพที่ 1 Flowchart แดชบอร์ดการนำเสนอข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ

ผลการวิเคราะห์การยอมรับการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.24, S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการยอมรับเทคโนโลยี อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.54, S.D. = 0.32) ด้านพฤติกรรมในความสนใจที่จะใช้เทคโนโลยี อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.22, S.D. = 0.52) ด้านการรับรู้ว่าคุณเทคโนโลยีมีประโยชน์ อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.21, S.D. = 0.48) ด้านความยากง่ายในการใช้เทคโนโลยีอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.51) และด้านทัศนคติและความสนใจที่จะใช้เทคโนโลยีอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X}$ = 4.08, S.D. = 0.65) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการยอมรับการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ (n = 29)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD.	การแปลผล
ด้านการยอมรับเทคโนโลยี	4.54	0.35	มากที่สุด
ด้านพฤติกรรมในความสนใจที่จะใช้เทคโนโลยี	4.22	0.52	มากที่สุด
ด้านการรับรู้ว่าคุณเทคโนโลยีมีประโยชน์	4.21	0.48	มากที่สุด
ด้านความยากง่ายในการใช้เทคโนโลยี	4.15	0.51	มาก
ด้านทัศนคติและความสนใจที่จะใช้ เทคโนโลยี	4.08	0.65	มาก
ภาพรวม	4.24	0.40	มากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ก่อนทดลองใช้เทคโนโลยีเดสบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลผลผลิตเนื้อสัตว์ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก จำนวน 14 คน ร้อยละ 48.28 รองลงมา ระดับน้อย จำนวน 11 คน ร้อยละ 37.93 และน้อยที่สุด ระดับปานกลาง จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.79 และผลการประเมินระดับความรู้หลังจากการใช้เทคโนโลยีเดสบอร์ดและจัดการผลผลิตเนื้อสัตว์ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก จำนวน 27 คน ร้อยละ 93.10 และระดับปานกลาง จำนวน 2 ร้อยละ 6.90 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละจำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังทดลองใช้เทคโนโลยีเดสบอร์ด
เพื่อการจัดการข้อมูลผลฟอยติคเชื้อ ($n = 29$)

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (น้อยกว่า 6 คะแนน)	11	37.93	0	0
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	4	13.79	2	6.90
ระดับมาก (8-10คะแนน)	14	48.28	27	93.10

ผลการวิเคราะห์ความรู้ก่อน และหลังการทดลองใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมัลพอยติดเชื้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนการใช้ 7.24 คะแนน (S.D. = 1.43) และหลังการใช้ 9.27 คะแนน (S.D. = 0.95) ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองใช้มีค่ามากกว่าก่อนการทดลองใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมัลพอยติดเชื้อ 2.03 ผลทดสอบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีความแตกต่างอยู่ระหว่าง 1.45-2.59 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองใช้เทคโนโลยีแบบอัจฉริยะเพื่อการจัดการข้อมูลฟอยติดเชื้อ

ระยะเวลาทดลอง	n	Mean	S.D.	Mean difference	95% Mean		t	df	p-value
					difference				
					Lower	Upper			
หลัง	29	9.27	0.95	2.03	1.47	2.59	7.19	28	<0.001*
ก่อน	29	7.24	1.43						



สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาการยอมรับการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการยอมรับเทคโนโลยี อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด รองลงมา ด้านพฤติกรรมในความสนใจที่จะใช้เทคโนโลยี และน้อยที่สุด ด้านทัศนคติและความสนใจที่จะใช้ เทคโนโลยี ส่วนในด้านความรู้การใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดและจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลองใช้มีค่ามากกว่าก่อนการทดลองใช้ เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ 2.03 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า ด้านการยอมรับเทคโนโลยีแดชบอร์ดอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากเทคโนโลยีแดชบอร์ดสามารถเชื่อมโยงกับการทำงานของเจ้าหน้าที่ให้เห็นภาพรวมของข้อมูล เข้าถึงข้อมูลได้รวดเร็ว ช่วยลดขั้นตอนการทำงาน และการนำส่งข้อมูลรายเดือน ดังนั้น การที่ผู้ใช้งานรับรู้ว่าการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดช่วยให้งานมีประสิทธิภาพและสะดวกมากขึ้น จึงเอื้อต่อการยอมรับการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดมากที่สุด ซึ่งด้านการรับรู้ว่าการใช้เทคโนโลยีมีประโยชน์ว่า แดชบอร์ดช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ พันธะกานต์ ยืนยง⁽⁹⁾ ศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และเทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อนำเสนอข้อมูลผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วย Google Data Studio พบว่า เทคโนโลยีแดชบอร์ดช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความสะดวกและรวดเร็วในการทำงานมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิด Davis⁽⁶⁾ ได้พบว่า ความเชื่อในขั้นต้น 2 อย่างที่จะส่งผลต่อการนำระบบมาใช้ คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการรับรู้ในระบบที่ง่ายต่อการใช้งาน สามารถแบ่งเบาภาระงานได้สะดวกสบายขึ้น ด้านความยากง่ายในการใช้เทคโนโลยีสามารถประมวลผล และนำมาใช้ประโยชน์ได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขจิตร ตั้งเจริญ⁽¹⁰⁾ ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพข้อมูลนักศึกษาด้วยแดชบอร์ดเชิงโต้ตอบแบบออนไลน์ ที่พบว่า การนำเสนอข้อมูลด้วยเทคโนโลยีแดชบอร์ดจะดูง่าย สะอาดตา และสามารถเข้าใจได้ง่าย ด้านทัศนคติและความสนใจที่จะใช้เทคโนโลยีสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิยศ เจริญวิวัฒน์⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ เรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้าง Dashboard แสดงสถิติ การใช้บริการกึ่งเรียลไทม์ของสำนักหอสมุดจากการทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลงานบริการมาจัดทำเป็นคลังข้อมูลและจัดทำแผนหน้าปัดรายงาน เพื่อใช้สนับสนุนการตัดสินใจในด้านต่างๆ เป็นผลให้การให้บริการเป็นไปอย่างมีระบบมากขึ้น และ



ด้านการยอมรับเทคโนโลยีได้นำเทคโนโลยี “Dashboard แสดงข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อ” ไปใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อการวางแผนการดำเนินงานที่ครอบคลุมเข้าถึงง่าย สอดคล้องกับ Ariyah et al.⁽¹²⁾ ได้พัฒนาแดชบอร์ดสำหรับการแสดงผลข้อมูลการเฝ้าระวังความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันโควิด-19 แบบเรียลไทม์ พบว่าแดชบอร์ดหน้าเดียวได้รวบรวมข้อมูลสรุปโดยรวมของการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 จนถึงปัจจุบันและตามข้อมูลประชากร ความครอบคลุม อีกทั้งเจ้าหน้าที่สามารถดาวน์โหลดทั้งแดชบอร์ดแบบโต้ตอบและแบบคงที่ในรูปแบบรูปภาพ, PDF, PowerPoint กับผู้อื่นได้ สรุปได้ว่า จากการพัฒนาเทคโนโลยีแดชบอร์ดข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อจะช่วยทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลในการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นซึ่งผู้ใช้งานจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการใช้งานเทคโนโลยี ตลอดจนนโยบายจะต้องให้ความสำคัญในการให้ความรู้และการจัดฝึกอบรมแก่ผู้ใช้งานอยู่เสมอ⁽⁴⁾

2. ด้านความรู้การใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 อาจเนื่องมาจากการที่เจ้าหน้าที่ได้ทดลองใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดจริงเป็นระยะเวลา 1 เดือน พร้อมกับได้รับความรู้เบื้องต้นก่อนการใช้ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถใช้งานได้จริง จึงส่งผลต่อคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลองใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยะภูมิ จันทรสุภาแสน⁽¹³⁾ ได้ศึกษาโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ต่อความรู้ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อก่อนและหลังการอบรมในพนักงานทำความสะอาด พบว่า หลังจากการอบรม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรม โปรแกรม “Cleaners Safety” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการอบรมหรือให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและด้านเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่จะช่วยส่งเสริมการทำงานของเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการนำเสนอแดชบอร์ดใหม่ๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบองค์ประกอบ การนำเสนอ การสร้างรายงาน ที่ช่วยพัฒนาปรับปรุงข้อมูลให้มีความเสถียร และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยการยอมรับการใช้เทคโนโลยีแดชบอร์ดเพื่อการจัดการข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลนภักดี อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับความกรุณาจาก นายแพทย์เดชา มีสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



นภลัย และคุณศุภโชค พุ่มแดงอ่อน สาธารณสุขอำเภอบางคนที ที่ให้ความกรุณาในการอำนวยความสะดวกในการศึกษาและเก็บข้อมูลวิจัย และสุดท้ายผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ (IC) ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายมีการใช้ระบบ E-Manifest. 2567.
2. กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับฎีกา 2545;119:86ก.
3. ประโชติ กราบทราบ. กฎหมายใหม่ที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ฉบับที่ 2). 2564.
4. ปาริชาติ โพธิอินทร์. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง Google Data Studio (Looker Studio) VS Looker. 2564.
5. Kruse K., and Keil J. Technology-based Training: The Art and Science of Design, Development, and Delivery. Mishawaka: Wiley & Sons, Incorporated, John; 1999.
6. Davis FD. A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems: theory and results. Ph.D. dissertation, MIT Sloan School of Management, Cambridge, MA.; 1985.
7. ศิริชัย กาญจนวาสิ และคณะ. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์; 2544.
8. Bloom, Benjamin S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
9. พันธะกานต์ ยืนยง, กัมปนาท ฉายชูวงศ์, ศุภกร น้อยใจบุญ, ถาวรเจริญ ช. การประยุกต์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และเทคโนโลยีแคชบอร์ดเพื่อนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2566; 5(1): 183.
10. สุขจิตร ตั้งเจริญ. การเพิ่มประสิทธิภาพข้อมูลนักศึกษาด้วยแคชบอร์ดเชิงโต้ตอบ. 2566.
11. อภิยศ เจริญวิวัฒน์. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้าง Dashboard แสดงสถิติการใช้บริการกิ่งเรียลไทม์ของสำนักหอสมุด [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธันวาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://library.stou.ac.th/wp-content/uploads/2020/09/pulinet-10.pdf>
12. Ariyah A, Irmawati, I., Indrabulan, T., Syarif, M. I., & Sakir, R. K. A. Pemanfaatan Looker Studio untuk Visualisasi Kinerja Program Studi D4 Teknik Multimedia dan Jaringan. KOLONI 2022; 1(4): 873-82.



13. วิริยะภูมิ จันทร์สุภาแสน. ผลของโปรแกรมอบรม“Cleaners Safety” ต่อความรู้และพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในพนักงานทำความสะอาดโรงพยาบาลพะเยา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2560; 18: 113-22.



การพัฒนาแนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

DEVELOPMENT OF STROKE INTERMEDIATE CARE GUIDELINE FOR VILLAGE HEALTH VOLUNTEER

Received: May 09, 2025

Revised: June 11, 2025

Accepted: July 06, 2025

กัณฐ์ภรณ์ ลัวลำแดง^{1*}, จารุณี สรกรกิจ²

Kanphon Siewsamdang^{1*}, Charunee Sorakrij²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลระยะกลางและกระบวนการพัฒนา PAOR ของ Kemmis & Mc Taggart การศึกษา มี 2 ระยะ คือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ และระยะพัฒนาแนวทางการดูแลระยะกลาง กลุ่มเป้าหมาย เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรทีมสหวิชาชีพ ผู้นำชุมชน และผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งรวม 95 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย แนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรกำหนดนโยบายการดูแลระยะกลางที่ชัดเจน สอดคล้องกับระดับหน่วยบริการสุขภาพและบริบทพื้นที่ ด้านโครงสร้างคณะทำงานมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนทุกระดับ ด้านระบบบริการ มีแนวปฏิบัติและกระบวนการทำงานทุกขั้นตอน มีการจัดการข้อมูลสารสนเทศอย่างเป็นระบบ และใช้วางแผนการดูแลร่วมกัน อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาทักษะการประเมินภาวะสุขภาพ การให้คำปรึกษา มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกับภาคีด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ ควรนำแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ในการจัดการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่ายระดับจังหวัด และติดตามประเมินผล เพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการและประสิทธิภาพของระบบบริการ

คำสำคัญ: การดูแลระยะกลาง, โรคหลอดเลือดสมอง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Student, Master of Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

² อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Advisor professor Community Nurse Practitioner of Faculty Nursing, Khon Kaen University

*Corresponding author E-mail: Kanphon.s@kkumail.com



Abstract

This participatory action research aimed to develop intermediate care guidelines for stroke patients managed by village health volunteers through the application of intermediate care concepts and the Participatory Action-Oriented Research (PAOR) framework proposed by Kemmis and McTaggart. The study comprised two phases: situational analysis and guideline development. Purposive sampling recruited 95 participants, including stroke patients, family caregivers, village health volunteers, multidisciplinary healthcare professionals, community leaders, and local government representatives. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data underwent content analysis.

The findings revealed that intermediate care guidelines for village health volunteers should encompass: (1) a clearly defined policy framework aligned with local healthcare service levels and contextual factors; (2) a structured working committee with explicit roles and responsibilities across all levels; (3) a comprehensive service system featuring step-by-step protocols and operational procedures; (4) systematic information management for collaborative care planning; and (5) competency development for village health volunteers in health assessment and counseling, with clear operational protocols for healthcare sector collaboration.

The developed guidelines should be implemented within provincial healthcare networks to optimize intermediate care for stroke patients. Continuous monitoring and evaluation are essential to enhance service outcomes and system efficiency. This framework provides a structured approach for integrating village health volunteers into the stroke care continuum, potentially improving accessibility and quality of intermediate care services in community settings.

Keywords: Intermediate Care, Stroke, Village Health Volunteers



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ รายงานว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน โดยคาดว่าภายในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน และเสียชีวิตถึง 7.8 ล้านคน สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ในไทยเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 70-80 และการแตกของหลอดเลือดในสมอง ร้อยละ 20-30 ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า อัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 645.3 เป็น 731.5 ต่อแสนประชากร และอัตราตายเพิ่มจาก 52.80 เป็น 58.02 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ ส่วนรายงานจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบอัตราป่วย 427, 467, 534 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราการตาย 45.43, 49.41 และ 56.02 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽³⁾ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร⁽⁴⁾ แผลกดทับ⁽⁵⁾ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ⁽⁶⁾ สำหรับอำเภอหนองชัย ปี พ.ศ. 2564-2566 พบอัตราการตาย ร้อยละ 25.00, 25.64 และ 26.92 ตามลำดับ และพบการกลับมารักษาซ้ำในสถานพยาบาล (Re-admit) ด้วยภาวะแทรกซ้อน 3 อันดับแรก ได้แก่ แผลกดทับ ร้อยละ 17.24 ปอดอักเสบ ร้อยละ 10.34 และระบบทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ ร้อยละ 6.89 ตามลำดับ⁽⁷⁾

โรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตที่จำเป็นเร่งด่วนต้องได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ภายในระยะเวลา 270 นาที หรือ 4.5 ชั่วโมง เพื่อการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับเวลา ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รอดชีวิตมักจะยังหลงเหลือความพิการ ทุพพลภาพอยู่ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังพ้นหายและอาการคงที่ที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ ลดวันนอนโรงพยาบาล ลดความพิการ และการดูแลระยะยาว⁽²⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายการบริการระยะกลางตั้งแต่ปี 2557 ให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ภายใน 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค (golden period) นับเป็นช่วงเวลาสำคัญและมีประสิทธิภาพต่อการฟื้นคืนสภาพ ไม่เกิดความพิการ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปลอดภัย และได้รับการฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวม ผ่านการให้บริการ 3 ระดับ ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก และในชุมชน โดยเน้นการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁽²⁾

อสม. จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่ เป็นทรัพยากรบุคคลที่ขับเคลื่อนงานสุขภาพระดับต้น ในปัจจุบัน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และต้องการการดูแลที่มีความเฉพาะในแต่ละด้าน เช่น ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคม จำเป็นต้องอาศัย อสม. ในการติดตามดูแลต่อเนื่อง เป็นผู้ประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพเบื้องต้น ให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน



กระตุ้นให้ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเพื่อป้องกันความพิการ รวมถึงให้กำลังใจ และ อสม. มีส่วนร่วมเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีความหวังที่จะกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ไม่เป็นภาระครอบครัว⁽⁸⁻⁹⁾

การทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและการศึกษาปรากฏการณ์ในพื้นที่ พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ขาดการเชื่อมโยงนโยบายไปยังหน่วยงานและเครือข่ายภาคประชาชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ และ อสม. ในชุมชนยังไม่มีแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจน เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในแผนการดูแล⁽³⁾ ด้าน อสม. พบว่า ยังมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงขาดความมั่นใจในการปฏิบัติจากการไม่มีแนวทางการทำงาน ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนของ Kemmis & McTaggart⁽¹⁰⁾ และนำแนวคิดการดูแลระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุขมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองปลอดภัยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ มีความภาคภูมิใจในตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & McTaggart⁽¹⁰⁾ และประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นกรอบแนวความคิดในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ในพื้นที่และวิเคราะห์แนวทางการดูแล 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ นโยบายองค์กร โครงสร้างคณะทำงาน และระบบบริการ การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ และระยะพัฒนาแนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม-พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวน 95 คน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 24 คน ผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 24 คน อาสาสมัคร



สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน บุคลากรทีมสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน และผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน ระยะพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 52 คน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน ผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน บุคลากรทีมสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน และผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการการดูแล ความรู้และทักษะการดูแลตนเอง

1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป บทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประสบการณ์ทำงานและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ปัญหาและความต้องการ การสนับสนุน และการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

1.4 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับสหวิชาชีพ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประสบการณ์ทำงาน นโยบายการจัดบริการสุขภาพระยะกลาง บทบาทหน้าที่ การจัดบริการระยะกลาง

1.5 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มสำหรับผู้นำชุมชน ผู้ที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย สถานการณ์ผู้ป่วยในชุมชน ปัญหาและความต้องการในชุมชน การมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

2. ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในชุมชน ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลระยะกลางสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนของ Kemmis & McTaggart⁽¹⁰⁾ ดังนี้

1) ระยะวางแผน (planning) ผู้วิจัยจัดประชุมระดมสมองในการวิเคราะห์และจัดทำร่างแนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) การปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ (Action) กำหนดให้ อสม. ดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการพัฒนาที่ตกลงร่วมกัน ประกอบด้วย ประสานนโยบาย มอบหมายบทบาทหน้าที่ กำหนดเป้าหมายการดูแล และผู้วิจัยออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ สอน สาธิต ให้กับ อสม.

3) สังเกตการณ์ (Observation) เป็นสังเกตพฤติกรรมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมให้ข้อเสนอแนะ รับฟังปัญหาและอุปสรรคของผู้ร่วมวิจัย และสนทนากลุ่ม อสม.



4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ติดตามการปฏิบัติงานตามแผนตามแนวที่พัฒนาขึ้นมาสะท้อนให้กับผู้ร่วมการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาในระยะถัดไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยค่า IOC (Index of item-Objective Congruence) ซึ่งมีค่า $IOC = 0.78$ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยเลขที่ HE672050 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการประชุมครั้งที่ 13/2567 วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 และรับรองครั้งที่ 2 หลังรายงานผลการศึกษาระยะที่ 1 เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.16 อายุเฉลี่ย 64.16 ปี เป็นหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 91.67 ส่วนใหญ่เป็นอัมพาตซีกซ้าย ร้อยละ 58.33 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.33

ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1) ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพหลงเหลือ แขนขาอ่อนแรง ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินไม่ได้ ไม่สามารถอาบน้ำ ตักอาหารรับประทานเองได้ ต้องพึ่งพาการดูแลจากครอบครัว บางรายมีปัญหาเรื่องการกลืน การเคี้ยวอาหาร มีอาการสำลัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง เพื่อป้องกันการสำลักและการขาดสารอาหาร ในรายที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะหรือแผลเจาะคอ ต้องดูแลเรื่องทำแผลและป้องกันการติดเชื้อ ในรายที่นอนติดเตียง ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ



รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดข้อคิดขัดแย้งและความพิการ 2) ด้านสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การเดิน การนั่ง แขนขาอ่อนแรง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ตลอดเวลา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับสภาพแวดล้อมรอบตัวให้มีความปลอดภัย มั่นคง ตั้งแต่เตียงนอน พื้นบ้าน ห้องน้ำ รวมถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ เช่น รถเข็น ไม้เท้า อุปกรณ์ฝึกเดินหรือทำกายภาพบำบัด 3) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และยังอยู่ในวัยทำงาน เป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยไม่สามารถออกไปทำงานหารายได้ ประกอบกับพยาธิของโรคที่ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูร่างกายนาน บางรายที่มีภาวะแทรกซ้อน มีข้อคิดขัดแย้ง มีความพิการ การขาดรายได้หลักเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่คู่สมรสไม่มีรายได้ มีบุตรวัยเรียน ส่งผลกระทบต่อภาวะเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว 4) ด้านสังคม ข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง ความบกพร่องทางร่างกาย ภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะเข้าสังคม เก็บตัวอยู่บ้าน บางรายเคยมีบทบาททางสังคม เป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัคร เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ก่อให้เกิดความเครียด รู้สึกตัวเองด้อยคุณค่า บางรายมีอาการท้อแท้ มีภาวะซึมเศร้า

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลระยะกลาง (intermediate care) ของกระทรวงสาธารณสุข ใน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) นโยบายองค์กร พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีนโยบายการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจนตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีการถ่ายทอดนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการ ยังขาดการถ่ายทอดไปถึงผู้ดูแลในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อสม. ซึ่งเป็นแกนนำด้านสุขภาพ มีความใกล้ชิดประชาชน มีความเข้าใจวิถีชีวิต สังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการประสานงานแจ้งข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ให้บุคลากรทีมสุขภาพทราบ ติดตามเยี่ยมบ้าน และประสานความช่วยเหลือในด้านต่างๆ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอสนับสนุนการปรับปรุงที่อยู่อาศัย อุปกรณ์กายภาพบำบัด เตียงนอน รถเข็น เบาะยังชีพ ฝักอาชีวะ จักรเย็บผ้า ผู้พิการ ประสานทีมสุขภาพ ตรวจสุขภาพรับรองความพิการ เป็นต้น 2) โครงสร้างคณะกรรมการ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน มีการมอบหมายงานชัดเจน แต่ยังไม่มีความภาคประชาชนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ ยังไม่มีการกำหนดบทบาทการทำงานร่วมกันในระดับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะการเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ และภาคีเครือข่ายในชุมชน ไม่มีแนวปฏิบัติหรือคู่มือการทำงานที่ชัดเจน 3) ระบบบริการ โรงพยาบาลชุมชนมีการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 รูปแบบ คือ การบริการผู้ป่วยใน การบริการ แผนกผู้ป่วยนอก และการบริการผู้ป่วยในชุมชน พบว่า ยังขาดการเชื่อมระบบสารสนเทศผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการจัดเก็บและ



จัดการข้อมูลแยกตามหน่วยงาน ขาดข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการดูแล เช่น ภาวะสุขภาพ ปัญหา และความต้องการการดูแลเฉพาะราย ความก้าวหน้าในการฟื้นฟูร่างกาย อสม. ขาดความรู้และทักษะ ในการประเมินภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น ทักษะการให้ความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสม กับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะคำแนะนำด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในระยะ 6 เดือน ซึ่งเป็นช่วงเวลา สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาแข็งแรงได้เหมือนปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

2. แนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน

แนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart⁽¹⁰⁾ ให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาแนวทางการดูแลระยะกลางใน 3 องค์ประกอบหลัก ตามแนวคิดการดูแลระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ 1) นโยบาย กำหนดนโยบายการดูแล ระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน สอดคล้องกับระดับหน่วยบริการสุขภาพและบริบท พื้นที่ มีการถ่ายทอดนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติทุกระดับ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขและภาคี เครือข่าย ที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 2) โครงสร้าง คณะกรรมการและคณะทำงานการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมทั้งระดับ โรงพยาบาลแม่ข่าย หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระดับเครือข่ายในชุมชน มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงานที่ประกอบด้วย แพทย์ เกษตรกร พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด และ ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเป็นลายลักษณ์อักษร มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน พยาบาลวิชาชีพที่ รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง รับผิดชอบประชาสัมพันธ์นโยบายการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแก่ บุคลากร และ อสม. และสื่อสารข่าวสารต่างๆ สม่ำเสมอทุกเดือน และประชาสัมพันธ์ ให้ผู้ปฏิบัติทุกระดับทราบ และถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน มีการกำกับติดตาม และประเมินผล การทำงาน 3) ระบบบริการการดูแลระยะกลาง มีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ของโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็น หน่วยบริการกลาง ทำหน้าที่ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนไปโรงพยาบาลแม่ข่ายตามระบบ การส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข และรับผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู รวมถึงเป็น ศูนย์รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่จาก อสม. กรณีที่พบผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับ การรักษาจากพื้นที่อื่น และกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือย้ายมาอาศัยอยู่กับญาติพี่น้องในพื้นที่ การจัดทำแนวปฏิบัติการประสานงานข้อมูลและการส่งต่อการดูแลที่ชัดเจน กำหนดผู้รับผิดชอบหลัก มีช่องทางการติดต่อหลากหลายช่องทาง เช่น กลุ่ม Line เบอร์โทรประสานเจ้าหน้าที่ในสังกัดพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศ มีการบูรณาการและจัดการข้อมูลสารสนเทศอย่างเป็นระบบ มีการใช้ข้อมูลวางแผนการดูแลร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพและ อาสาสมัครสาธารณสุขควรได้รับการพัฒนาศักยภาพใน



การประเมินภาวะสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น มีแนวปฏิบัติการรายงานข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย ต่อทีมสุขภาพให้ทันต่อสถานการณ์ ระบบการให้คำปรึกษา อสม. ควรได้รับการอบรมการให้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว การร่วมมือภาคีเครือข่าย ด้านสุขภาพ ควรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงานและสามารถประสานความช่วยเหลือได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ยังไม่มีการกำหนดนโยบายและแต่งตั้งคณะทำงานรับผิดชอบที่ชัดเจน ด้านระบบบริการ ขาดการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมตามภาวะสุขภาพ

2. ระบุพัฒนาแนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใน 3 องค์ประกอบของการดูแลระยะกลาง ได้แก่ 1) นโยบาย มีการถ่ายทอดไปถึงอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 2) โครงสร้างคณะกรรมการและคณะทำงานการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนครอบคลุมทุกระดับ 3) ระบบบริการการดูแลระยะกลาง มีแนวปฏิบัติเป็นลำดับที่ชัดเจน ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น และรายงานข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยต่อทีมสุขภาพให้ทันต่อสถานการณ์ ในขณะที่ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ควรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงานและสามารถประสานความช่วยเหลือได้ตามความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้อภิปรายผลดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จากบริบทของโรงพยาบาลชุมชน (F3) ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾ พบว่า การถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติระดับปฏิบัติการที่เป็นแกนนำ อสม. ในชุมชนยังน้อย มีการแยกย่อยงานรับผิดชอบเป็นส่วนๆ ขาดการเชื่อมโยง สอดคล้องกับแผนงาน



ยุทธศาสตร์สุขภาพ ที่มีการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู มีการประสานส่งต่อนโยบายที่ไม่ครอบคลุม⁽¹²⁾ และนโยบายและทรัพยากรในชุมชนถ่ายทอดงานให้กับ อสม. ในด้านการคัดกรองภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น แม้แต่นโยบายด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำ ในการดูแลประชาชนในชุมชนยังไม่ชัดเจน⁽¹³⁾ เมื่อนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติไม่ชัดเจน โครงสร้างการทำงาน กระบวนการและแนวทางปฏิบัติบทบาทที่ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความขัดแย้งในการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ แจ็กคู⁽¹⁴⁾ พบปัญหาของทีมเยี่ยมบ้านไม่มีการมอบหมายบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ในขณะที่ในพื้นที่ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการ การเข้ารับบริการไม่ครบถ้วน และการติดตามไม่ทั่วถึงตามสภาพปัญหาและความต้องการ สอดคล้องปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความยากลำบากในการไปรับบริการในสถานพยาบาล มีความจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำเบื้องต้นจากแกนนำสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน อีกทั้งความแตกต่างของระดับความรุนแรง ผู้ป่วยมีความต้องการด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและปัญหาด้านเศรษฐกิจที่ต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของบรรณทวารณ หิรัญเคราะห์⁽¹⁵⁾ ระบบส่งต่อในชุมชนยังพบอุปสรรคที่สำคัญในการติดตามรายงานผลที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่สามารถจัดการปัญหาและความต้องการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขสันติ พัทธธรรมนักร⁽¹⁶⁾ ด้วยระยะทางที่ไกล ไม่มีเวลาเข้ารับบริการ ทำให้การติดตามล่าช้าหลังจากจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วิภา สังห์อินทร์ และคณะ⁽¹⁷⁾ และนภัสสรณ์ เจริญสะอาด⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า เครือข่ายส่งต่อสุขภาพในชุมชนพบ การรายงานส่งต่อข้อมูลการเฝ้าระวังอาการ โรคที่สำคัญยังไม่เพียงพอ และระบบข้อมูลสารสนเทศ ยังขาดข้อมูลสำคัญระหว่างหน่วยงานกับ อสม. และข้อจำกัดการใช้เทคโนโลยีของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ แจ็กคู⁽¹⁴⁾ และอาคม รัฐวงษา⁽¹³⁾ กล่าวว่า ในฐานะข้อมูลการบริการในหน่วยบริการสุขภาพมีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน การจัดการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลภายในเวลาที่เหมาะสมทันเวลาที่กำหนด ต้องมีการบูรณาการทีมในหน่วยปฐมภูมิให้รายงานตามพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในพื้นที่จริง ระบบการให้คำปรึกษา พบว่า อสม. แกนนำสุขภาพขาดการฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นเบื้องต้นในการให้คำปรึกษา และไม่มีช่องทางการสื่อสารที่เป็นระบบตามปัญหาที่พบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ภิญโย⁽¹⁹⁾ กล่าวว่า อสม. ขาดความรู้ในการให้คำแนะนำปรึกษาอย่างไม่เพียงพอ เน้นการให้การดูแลตามสาขาวิชาชีพ อีกทั้งบางแห่งผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขาดการสร้างความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจร่วมกัน

2. แนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการนำกระบวนการเชิงปฏิบัติการ PAOR มาออกแบบพัฒนาแนวทางซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มัณฑริกา แพงบุคดี และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ ได้แนวทางและมีฐานข้อมูลเชื่อมโยงลงสู่ชุมชนที่ชัดเจน⁽²⁰⁾ การตอบสนองนโยบายการดูแลระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองได้รับการถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติในเวทีประชุมประจำเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ เจริญจบ และคณะ⁽²¹⁾ ที่กล่าวว่า การทำงานเชิงรุกเป็นองค์ประกอบสำคัญต้องสร้างความชัดเจนให้กับ



ชุมชน นโยบายควรสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาต่างๆ การกำหนดนโยบายในการพัฒนาในพื้นที่สอดคล้องกับการพัฒนาประเทศ ภูมิภาคและจังหวัด เมื่อมีความชัดเจนนโยบายถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ โดยการสนับสนุนความร่วมมือ สร้างความสัมพันธ์ที่ดี และส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนของตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและจัดการตนเองได้ในชุมชนให้สมาชิกทุกคนความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ดีมากขึ้น โครงสร้างของหน่วยงานให้ความร่วมมือประสานเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ อสม. ในชุมชน มีบทบาทหน้าที่ชัดเจน ครอบคลุมปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สรารินทร์ พิทยะพงษ์⁽²²⁾ ที่ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเปลี่ยนผ่านมาอยู่ในชุมชน การมีสหวิชาชีพที่หลากหลายคอยให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ลดความพิการ คณะกรรมการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน โดยมีผู้นำ อสม. เป็นผู้ประสานงานหลัก มีบทบาทร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วย และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทุกฝ่ายอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลวรรณ บุญเต็ม⁽²³⁾ และระบบบริการมีการสื่อสารข้อมูลที่ครบถ้วน สามารถบริหารจัดการการลงเยี่ยมของเจ้าหน้าที่ได้ทันเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา หมั่นเทศ และกุลทัต หงษ์ขยางกูร⁽²⁴⁾ กล่าวว่า ระบบการส่งต่อในชุมชนควรมีข้อมูลประวัติฐานข้อมูลครอบคลุมทุกหน่วยงาน มีช่องทางส่งต่อ-รับกลับข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อลดความผิดพลาดของข้อมูล เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร และมีระบบการให้คำปรึกษา สำหรับเสริมทักษะ อสม. ในการให้คำแนะนำ และติดต่อทีมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำแนวทางการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ และประเมินผล
2. การดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการออกแบบบริการเชิงระบบทั้งระดับนโยบาย ระบบบริการ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านบุคลากร ทรัพยากรและจำนวนผู้รับบริการ ดังนั้น ควรมีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ช่วยถ่ายทอดความรู้ และให้คำแนะนำตลอดการทำวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบคุณ



ผู้อำนวยการ คณะเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลม้องชัย อสม. ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 1 May 2025]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2565. กาฬสินธุ์: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ; 2565.
4. Kishore, A., Vail, A., Bray, B. D., Gibson, J. M. E., Sharma, A., Tyrrell, P. J., & Smith, C. J. Post-stroke pneumonia risk and stroke-associated disability: a registry-based cohort study. Stroke. 2018; 49(4): 907-14.
5. Dharmasaroja, P. Complications in stroke patients during rehabilitation. J Med Assoc Thai. 2012; 95(4): 483-91.
6. Yan, Y., Yang, Y., Guo, X., Zhang, X., & Zhang, J. Urinary tract infection in patients with stroke: a review. Int J Clin Exp Med. 2018; 11(4): 3094-100.
7. โรงพยาบาลม้องชัย. ฐานข้อมูล Meedee Soft: โรงพยาบาลม้องชัย; 2566.
8. วาสนา มูลฐิ. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2559; 26(3): 85-95.
9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2562 ให้ประชาชนรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ลดความเสี่ยงเป็นอัมพาต. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.wpr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/133619/>
10. Kemmis, S. & McTaggart, R. (1992). The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University.
11. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
12. นงนุช เพ็ชรรวง. การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในระดับชุมชน. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2565; 20(2): 45-57.



13. อาคม รัฐวงษา, อรสา กงตาล. (2555). การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 14 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo15.pdf>
14. อรอนงค์ เจ็กภู. การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2564.
15. บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 2560; 11(3): 11-21.
16. สุขสันติ พัทธธรรมนัฏ, งานจิต พระเนตร, ขงยุทธ ชิตินิลินธิ และกมลนัฏ ม่วงยัม. การสร้างระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562; 13(1): 137.
17. ทิพย์วิภา สังข์อินทร์, ภาณุ อุดกัณ และนุชนารถ ศรีนาค. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2563; 8(2): 94-104.
18. นภัสภรณ์ เชิงสะอาด, วรรณนิสา บังลือ. ประสิทธิภาพของการดูแลโรคหลอดเลือดสมองรายกรณีของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2566; 5(1): 17-25.
19. ปิยนุช ภิญโย และคณะ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558; 35(2): 93-111.
20. มัณฑริกา แพงบุตติ, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(3): 179-91.
21. พนารัตน์ เจนจบ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนชนบทไทย: ประสพการณ์จากภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566; 15(2): e266295.
22. สรารินทร์ พิทยะพงษ์ และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวในรูปแบบการพยาบาลทางไกลต่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2566; 16(1): 115-134.
23. กมลวรรณ บุญเต็ม. ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565; 16(1): 27-39.



24. นัยนา หมั่นเทศ, กุลทัต หงษ์ขยางกูร. การศึกษารูปแบบการรับ-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการดูแลต่อเนื่อง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเขาชัยสน. วารสาร AL-NUR 2561; 13(24): 43-54.



การพัฒนารูปแบบทีมพี่เลี้ยงติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการ แบบบูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

THE DEVELOPMENT OF A MENTORING TEAM MODEL FOR MONITORING AND EVALUATING FOOD AND NUTRITION INTEGRATED MODEL IN KHON KAEN

Received: April 21, 2024

Revised: June 18, 2024

Accepted: June 28, 2024

บังอร กล้าสุวรรณ^{1*}, สุวิชา สังข์ทอง¹, ชุตินา น้อยวังหิน¹

Bangon Klamsuwan^{1*}, Suwitcha Sangthong¹, Chutima Noiwanhin¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action research: PAR) ศึกษาในโรงเรียนจังหวัดขอนแก่น 12 แห่ง กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม 1) กลุ่มร่วมพัฒนารูปแบบ 20 คน ได้แก่ บุคลากรหน่วยงานต้นสังกัดโรงเรียน และสาธารณสุข 2) กลุ่มน้องเลี้ยง 24 คน ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัยหรือโภชนาการ และ 3) นักเรียน 3,172 คน ระยะเวลาดำเนินการพฤษภาคม 2566 ถึง ธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ คือ ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานโรงเรียน แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและครู แบบประเมินการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบจัดการอาหารและโภชนาการ เครื่อง Kid size และประเมินภาวะโภชนาการด้วยโปรแกรม KidDiary ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ Paired t-test ข้อมูลคุณภาพวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ทีมพี่เลี้ยงช่วยสนับสนุนน้องเลี้ยงให้โรงเรียนสามารถดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดการอาหารและโภชนาการเพิ่มขึ้น โรงเรียนผ่านเกณฑ์ดีมากและดีเพิ่มขึ้น การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ภาวะโภชนาการของนักเรียนดีขึ้น นักเรียนสมส่วนเพิ่มจาก ร้อยละ 66.3 เป็น 68.4 เริ่มอ้วนและอ้วน จาก ร้อยละ 16.3 ลดลงเป็น 14.9

ระบบพี่เลี้ยงช่วยสอน แนะนำ ให้คำปรึกษาน้องเลี้ยงให้ปรับปรุงแก้ไขผลงานได้ตามมาตรฐานของงานทำให้โภชนาการของนักเรียนดีขึ้น ดังนั้น หน่วยงานในเขตสุขภาพควรนำระบบพี่เลี้ยงการดำเนินงานในระดับพื้นที่มาขับเคลื่อนส่งเสริมสุขภาพนักเรียน

คำสำคัญ: ทีมพี่เลี้ยง, รูปแบบ, น้องเลี้ยง

¹ กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

School-age Health Promotion Cluster, Regional Health Promotion Centre 7 Khon Kaen

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



Abstract

This study employed a participatory action research (PAR) approach to develop a mentoring team model for monitoring and evaluating food and nutrition management in 12 schools in Khon Kaen Province, Thailand. The target groups included: (1) a model development group comprising 20 personnel from affiliated educational and public health agencies; (2) a mentoring group of 24 individuals, including school administrators and health or nutrition teachers; and (3) 3,172 students. The study was conducted from May 2023 to December 2024. Data collection tools included participatory workshops, school baseline data forms, interviews with administrators and teachers, assessments based on national food and nutrition standards, anthropometric measurements using Kid Size tools, and nutritional evaluations via the KidDiary program. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were examined through content analysis.

The findings revealed that the mentoring team significantly supported schools in enhancing compliance with food and nutrition standards. The number of schools rated as “good” or “very good” increased. Post-intervention, the average evaluation scores improved significantly ($p\text{-value} < 0.001$). Nutritional status among students also improved: the proportion of students with normal weight increased from 66.3% to 68.4%, while those who were overweight or obese declined from 16.3% to 14.9%.

The mentoring system provided effective guidance and support, enabling schools to meet food and nutrition standards. It is recommended that regional health agencies adopt this mentoring model to promote student health and nutrition at the local level.

Keywords: mentoring team, model development, mentee



บทนำ

โภชนาการที่ดีและสุขภาพที่แข็งแรงเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะส่งเสริมให้เด็กทุกคนเจริญเติบโตและพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพ เป็นคนที่มีคุณภาพของสังคม โภชนาการที่ดีมีความสำคัญทำให้เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสังคมและประเทศได้เติบโตอย่างมีคุณภาพร่วมพัฒนาประเทศให้บรรลุเป้าหมายมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นที่มาของกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำข้อตกลงความร่วมมือการพัฒนาศักยภาพเด็กไทยในศตวรรษที่ 21 พ.ศ. 2565-2570 ภายใต้ความร่วมมือ 12 กระทรวง เพื่อให้เด็กเก่ง ดี มีทักษะและแข็งแรง ด้วยหลัก 4H (Head Heart Hand Health)⁽¹⁾ ซึ่งในมิติสุขภาพ (Health) มุ่งมั่นพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน แต่สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า เด็กอายุ 6-14 ปี มีการเจริญเติบโตในเกณฑ์สูงดีสมส่วนลดลง จากข้อมูลสถานการณ์เด็กสูงดีสมส่วนกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ พบว่า ในปี พ.ศ.2562 ภาพรวมประเทศมีเด็กสูงดีสมส่วน ร้อยละ 65.4 ลดลงเหลือ 56.2 ในปี พ.ศ. 2566 และพบอ้วน ผอม เตี้ย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบเด็กเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 12.9 เพิ่มขึ้น 13.2 เด็กผอม ร้อยละ 4.3 เพิ่มขึ้น 4.8 และเตี้ย ร้อยละ 9.9 เพิ่มขึ้น 10.5 เขตสุขภาพที่ 7 มีแนวโน้มเด็กสูงดีสมส่วนลดลงเช่นกันจากร้อยละ 68.5 ลดลงเหลือ 62.3 โดยจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีแนวโน้มเด็กสูงดีสมส่วนลดลงค่อนข้างมาก ในปี พ.ศ. 2562 เด็กสูงดีสมส่วน ร้อยละ 76.9 ลดลงเหลือ 62.3 ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกรมอนามัย⁽³⁾ กำหนดไว้อย่างน้อยร้อยละ 65 จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการจัดการอาหารและโภชนาการ โดยเฉพาะในสถานศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

ผลการติดตามการส่งเสริมภาวะโภชนาการของโรงเรียนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น พบว่า เครื่องชี้วัดส่วนสูง ส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีการแปลผลการเจริญเติบโตหรือใช้เกณฑ์แปลผลไม่ถูกต้อง การจัดกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการและแก้ไขปัญหาที่ยังไม่เป็นระบบแบบองค์รวม มีการจำหน่ายอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ครูผู้ปฏิบัติงานด้านอาหารและโภชนาการบางส่วนยังไม่เคยได้รับองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านโภชนาการจากหน่วยงานต้นสังกัดหรือหน่วยงานสาธารณสุข ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์เฝ้าระวังส่งเสริมภาวะโภชนาการและการจัดการอาหารกลางวันที่มีคุณภาพ รูปแบบการดำเนินงานแบบเดิมยังไม่มีการพัฒนาทีมพี่เลี้ยง (Mentor) ในพื้นที่ที่ช่วยสอนแนะนำการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา และความต่อเนื่องของการกำกับติดตามงานจากหน่วยงานต้นสังกัดและหน่วยงานสาธารณสุขค่อนข้างน้อย จากสภาพปัญหารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมภาวะโภชนาการของโรงเรียนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นยังขาดการมีส่วนร่วมจากสถานศึกษา ตลอดจนผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ไม่สามารถเป็นที่เล็งช่วยเสนอแนะการดำเนินงานให้ได้ตามมาตรฐานการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา



สภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการพัฒนารูปแบบทีมพี่เลี้ยงติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมด้านติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการ และพัฒนารูปแบบทีมพี่เลี้ยง⁽⁴⁻⁵⁾ เพื่อติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสถานศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นสามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีเครือข่ายในการสนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษาและส่งผลให้เด็กสูงคิสมส่วนบรรลุเป้าหมายของประเทศและนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในการขจัดความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร ส่งเสริมเกษตรกรรมยั่งยืน ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบทีมพี่เลี้ยงติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action research: PAR)⁽⁶⁾ โดยทีมวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เอื้อให้เกิดกระบวนการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ โดยการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ระดมความคิดเห็นร่วมกัน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) ผู้บริหารโรงเรียน 2) ครูอนามัย ครูโภชนาการของโรงเรียนในจังหวัดขอนแก่น 12 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 1 5 แห่ง สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น 4 แห่ง เทศบาลเมืองเมืองพล 2 แห่ง และเทศบาลตำบลพระลับ 1 แห่ง และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัดและพื้นที่ 20 คน ดำเนินการเดือน พฤษภาคม 2566

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ระดมความคิดเห็นร่วมกัน กลุ่มเป้าหมาย 20 คน ได้แก่ 1) ผู้บริหารโรงเรียน 2) ครูอนามัย ครูโภชนาการของโรงเรียนในจังหวัดขอนแก่น 12 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 1 5 แห่ง สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น 4 แห่ง เทศบาลเมืองเมืองพล 2 แห่ง เทศบาลตำบลพระลับ 1 แห่ง และ 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัดและพื้นที่ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของโรงเรียน และการจัดการอาหารกลางวันของนักเรียน โดยดำเนินการเดือนมิถุนายน 2566



ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลบริบทและสถานการณ์ โดยทีมวิจัยและทีมครูอนามัยและครูโภชนาการของโรงเรียนในจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของโรงเรียน และการจัดการอาหารกลางวันของนักเรียนจังหวัดขอนแก่น 12 แห่ง ประกอบด้วย โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 1 มี 5 แห่ง สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น 4 แห่ง เทศบาลเมืองเมืองพล 2 แห่ง และเทศบาลตำบลพระลับ 1 แห่ง ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2566

ขั้นตอนที่ 4 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของโรงเรียนและการจัดการอาหารกลางวันของนักเรียนจังหวัดขอนแก่น 12 แห่ง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2566

ขั้นตอนที่ 5 ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสำหรับการพัฒนาทีมพี่เลี้ยง โดยการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 4 กลุ่มเป้าหมาย 20 คน โดยร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์บริบทของแต่ละโรงเรียน กำหนดกระบวนการหลักและกระบวนการสนับสนุนที่โรงเรียนและทีมพี่เลี้ยงต้องดำเนินการ กำหนดองค์ความรู้ที่จำเป็นในการดำเนินงาน คัดเลือกพี่เลี้ยงของแต่ละโรงเรียน พัฒนาองค์ความรู้ให้แก่ทีมพี่เลี้ยง พัฒนาโปรแกรม Mentoring โดยจับคู่ทีมพี่เลี้ยงกับน้องเลี้ยง ประชุมพี่เลี้ยงน้องเลี้ยงเพื่อสร้างความคุ้นเคยและให้คำปรึกษาสอนงาน ทั้งแบบ online ผ่าน Line Group เพื่อติดต่อสื่อสาร และ onsite กำหนดรูปแบบการสอนงาน ตัวชี้วัดการสอนงานรวมถึงการติดตามประเมินผล น้องเลี้ยงหลังจากที่ได้รับการสอนงานแล้วจะไปดำเนินงานขับเคลื่อนการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียน โดยยึดแนวทางการดำเนินงานจากคู่มือมาตรฐานระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา⁽⁷⁾ และโปรแกรม Thai school lunch⁽⁸⁾ และ KidDiary⁽⁹⁾ ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567

ขั้นตอนที่ 6 การติดตามและประเมินผลร่วมกันระหว่างทีมวิจัยและทีมครูอนามัยและครูโภชนาการของโรงเรียนในจังหวัดขอนแก่น โดยนำผลการติดตามการดำเนินงานของทีมพี่เลี้ยงในการสอนงานน้องเลี้ยง พร้อมทั้งเก็บข้อมูลผลการพัฒนาให้กับทีมผู้บริหาร ครูอนามัยและครูโภชนาการของโรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนธันวาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) บุคลากรจากหน่วยงานต้นสังกัดของโรงเรียนและบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียนสำหรับการพัฒนาทีมพี่เลี้ยง กลุ่มเป้าหมาย 20 คน และผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัยหรือโภชนาการสำหรับการพัฒนาน้องเลี้ยง 24 คน

2) นักเรียนชั้นอนุบาลถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในพื้นที่การศึกษา 3,172 คน



เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและการหาคุณภาพของเครื่องมือ มี 3 เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัย/ครูโภชนาการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence, IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 0.67 ขึ้นไป และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.76 2) แบบประเมินการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา⁽⁶⁾ และ 3) เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงใช้เครื่อง Kid size

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยแยกแยะ และจัดหมู่ประเด็นเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 103 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาบริบทและสถานการณ์ด้านการจัดการด้านอาหารและโภชนาการของพื้นที่

1.1 การวิเคราะห์บริบทข้อมูลของโรงเรียนในจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์บริบทของโรงเรียนในจังหวัดขอนแก่น 12 แห่ง ประกอบด้วย โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 1 5 แห่ง สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น 4 แห่ง เทศบาลเมืองเมืองพล 2 แห่ง และเทศบาลตำบลพระลับ 1 แห่ง ขนาดของโรงเรียนพบว่า เป็นโรงเรียนขนาดเล็ก (นักเรียน 1-120 คน) ร้อยละ 33.3 ขนาดกลาง (121-300 คน) ร้อยละ 25.0 และขนาดใหญ่ (501-1,000 คน) ร้อยละ 41.7 เปิดสอนระดับชั้นอนุบาล-มัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 58.3 รองลงมาเป็นอนุบาล ถึง ประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 33.3 และระดับอนุบาล ร้อยละ 8.3

การจัดการอาหารกลางวันของนักเรียน พบว่า โรงเรียนซื้อวัตถุดิบประเภทผัก ผลไม้จากตลาดทั่วไป ร้อยละ 58.3 โรงเรียนปลูกเองและซื้อจากตลาดทั่วไป ร้อยละ 16.7 วัตถุดิบประเภทเนื้อสัตว์ซื้อจากตลาดทั่วไป ร้อยละ 50 ซื้อตามความสะดวกของโรงเรียน ร้อยละ 25 การจัดทำอาหารกลางวันให้นักเรียนใช้วิธีจ้างแม่ครัว ร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็นจ้างเหมาผู้ประกอบการ ร้อยละ 25.0 การจัดเมนูอาหารกลางวันใช้โปรแกรม Thai School Lunch ร้อยละ 83.3 การตรวจสอบคุณภาพความปลอดภัยของวัตถุดิบโดยครูทุกวัน ร้อยละ 25 ตรวจสอบสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร้อยละ 25 ตรวจสอบ



เดือนละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 16.7 และไม่ได้ตรวจสอบ ร้อยละ 33.3 ทุกโรงเรียนมีการตรวจสอบคุณภาพอาหารกลางวันที่ปรุงสุก ครุดัดอาหารกลางวันแจกให้เด็ก ร้อยละ 58.3 รองลงมาเป็นแม่ครัว/ผู้ประกอบการ ร้อยละ 33.3 แม่ครัว/ผู้ประกอบการ/ผู้สัมผัสอาหารไม่ผ่านการอบรมสุขภาพอาหารในโรงเรียน ร้อยละ 41.7 ส่วนที่ผ่านการอบรมได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 33.3 อบต./เทศบาล ร้อยละ 16.7 ซึ่งข้อมูลนี้นำมาเป็นปัจจัยนำเข้าในการระดมความคิดเห็นต่อไป

1.2 การระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านการจัดการด้านอาหารและโภชนาการ

ผลการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านการจัดการด้านอาหารและโภชนาการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยตัวแทนจากโรงเรียนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น 12 แห่ง จำนวน 20 คน สรุปความคิดเห็นร่วมกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านการจัดการด้านอาหารและโภชนาการพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

มาตรฐาน	ผลการวิเคราะห์	ข้อเสนอแนะ
มาตรฐานที่ 1 : นโยบายและการบริหารจัดการ	- ไม่ได้นำข้อมูลโภชนาการมากำหนดนโยบายและมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษร - ไม่ได้กำหนดโครงการเฉพาะด้านอาหารและโภชนาการ - ทุกโรงเรียนมีข้อกำหนดการจัดบริการอาหาร ไม่ได้แต่งตั้งผู้นำนักเรียน แต่มีนักเรียนแกนนำด้านสุขภาพ - ไม่มีแผนการพัฒนานุเคราะห์ชัดเจน แต่มีบางส่วนได้รับการอบรมจากหน่วยงานสาธารณสุขและเทศบาล - ระบบการกำกับติดตามหรือรายงานไม่เป็นรูปธรรม	- พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบการจัดการอาหารและโภชนาการของสถานศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ให้สามารถสนับสนุนหรือเป็นพี่เลี้ยงในระดับพื้นที่
มาตรฐานที่ 2 : การจัดการด้านความปลอดภัยอาหารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม	- โรงเรียนส่วนใหญ่ดำเนินงานได้ค่อนข้างดี แต่มีประเด็นที่ดำเนินการได้น้อย เช่น ถังขยะไม่มีฝาปิด ไม่มีบ่อดักไขมัน โรงอาหารไม่มีรั้ว ใช้เชิงรวม เก็บภาชนะที่ล้างแล้วไม่เหมาะสม - ทุกโรงเรียนไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพด้วยชุดทดสอบ (SI₂) - ส่วนใหญ่ใช้เกลือไอโอดีน วิธีการเก็บไม่ถูกต้อง และใช้ผงชูรส - แม่ครัวผู้ปรุงประกอบอาหารสังกัดเทศบาลได้รับการตรวจสอบสุขภาพ ไม่มีถุงมือหยิบอาหาร สวมเครื่องประดับนิ้วมือ ข้อมือ - โรงเรียนทุกแห่งไม่มีการตรวจสอบและบันทึกผลรสชาติและอุณหภูมิ เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์ตรวจสอบและเก็บไม่ถูกต้อง	



มาตรฐาน	ผลการวิเคราะห์	ข้อเสนอแนะ
มาตรฐานที่ 3 : การจัด บริการ อาหาร ให้มี คุณ ค่า ท ะ โภชนาการ	- โรงเรียนส่วนใหญ่ใช้โปรแกรม Thai School Lunch แต่ยังไม่มีความเข้าใจการจัดเมนูอาหารตามหลักโภชนาการ การคัดอาหารไม่เหมาะสมกับวัย เมนูอาหารเป็นอาหารจานเดียวมากกว่า 1 วัน ต่อสัปดาห์ ปริมาณผักน้อย ข้าวและเนื้อสัตว์มีเพียงพอใน 1 สัปดาห์ไม่มีเมนูอาหารทะเล ปลา ตับเลือด หรืออาหารที่มีธาตุเหล็ก - ไม่มีกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารให้หมด ไม่มีการติดตาม การบันทึกอาหารเหลือทิ้งและแนวทางการแก้ปัญหา - ร้อยละ 50 จำหน่ายขนมกรุบกรอบและไอศกรีม มีบางแห่งขายขนมหรืออาหารที่มีน้ำตาลสูงเลือก	
มาตรฐานที่ 4 : การ บูรณาการ จัดการเรียนรู้ และปัจจัย แวดล้อม	- ส่วนใหญ่ไม่มีการจัดกิจกรรมด้าน โภชนาการและอาหาร มีเพียงการบูรณาการกับการเรียนการสอนในกลุ่มสาระการเรียนรู้ อาชีพและเทคโนโลยี เช่น ปลูกผัก เลี้ยงปลา เลี้ยงไก่ เป็นต้น	
มาตรฐานที่ 5 : การเฝ้าระวัง ภาวะ โภชนาการ และพฤติกรรม การบริโภค อาหาร	- ส่วนใหญ่ไม่มีการสำรวจพฤติกรรมบริโภคของนักเรียน - มีความแตกต่างของการดำเนินงานระหว่างโรงเรียนสังกัด กระทรวงศึกษาธิการ กับ โรงเรียนสังกัดเทศบาล - ครูและบุคลากรยังไม่เข้าใจการใช้โปรแกรม KidDiary - ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน เปลี่ยนแปลงค่อนข้างบ่อย	

2. การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่เลี้ยงการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบการจัดการอาหารและโภชนาการ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ก่อนการพัฒนา ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 64.34 (S.D. = 52.78) และหลังพัฒนา ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 73.03 (S.D. = 95.42) ค่าความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean difference: $\bar{d}$) เท่ากับ 8.69 โดยค่าความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

คะแนนการดำเนินงานด้าน อาหารและโภชนาการแบบ บูรณาการในระดับพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น	ก่อนดำเนินงาน		หลังการดำเนินงาน		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
คะแนน	64.34	52.78	73.03	95.42	4.22	<0.001

3. ผลการติดตามรูปแบบทีมพี่เลี้ยงติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการ

3.1 การเปรียบเทียบระดับคุณภาพตามมาตรฐานด้านอาหารและโภชนาการ

ผลการติดตามรูปแบบทีมพี่เลี้ยงติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยเปรียบเทียบระดับคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานด้านอาหารและโภชนาการ โดยรวมค่าคะแนนรวม 5 มาตรฐาน ก่อนและหลังการพัฒนา 12 แห่ง พบว่า ก่อนการพัฒนา มีโรงเรียนดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการค่าคะแนนระดับดีมาก 1 แห่ง ดี 5 แห่ง พอใช้ 4 แห่ง และปรับปรุง 2 แห่ง และหลังพัฒนา โรงเรียนมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยมีโรงเรียนที่ผ่านระดับดีมากจาก 1 แห่ง เพิ่มขึ้นเป็น 4 แห่ง และไม่มีโรงเรียนอยู่ในระดับปรับปรุง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการติดตามรูปแบบทีมพี่เลี้ยงติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบระดับคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

ระดับคุณภาพ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก (80-100)	1	8.3	4	33.3
ดี (60-79)	5	41.7	6	50.0
พอใช้ (40-59)	4	33.3	2	16.7
ปรับปรุง (1-39)	2	16.7	0	0.0

3.2 ผลการดำเนินงานของโรงเรียนตามมาตรฐานด้านอาหารและโภชนาการ

ผลการติดตามการดำเนินงานรูปแบบทีมพี่เลี้ยงติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ผ่านการประชุม online และผ่านไลน์กลุ่ม



รวมทั้งร่วมลงพื้นที่สังเกตการทำหน้าที่ของพี่เลี้ยงในการโค้ชชิ่ง (Coaching) น้องเลี้ยง จากนั้นได้ร่วมกันสะท้อนผลการพัฒนาให้กับทีมผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย ครูโภชนาการของโรงเรียนในจังหวัดขอนแก่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลติดตามการดำเนินงานรูปแบบทีมพี่เลี้ยงติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

มาตรฐาน	ผลการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ
มาตรฐานที่ 1 : นโยบายและการบริหารจัดการ	- โรงเรียนมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและแต่งตั้งคณะกรรมการประกอบด้วยครู กรรมการสถานศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน - มีการระดมทุน งบประมาณขับเคลื่อนงาน เช่น ผ้าป่าโรงเรียน การเปิดรับบริจาค โรงเรียนสังกัดเทศบาลได้รับงบประมาณเพิ่มเติมเป็นค่าอาหารกลางวัน อาหารเช้าให้กับนักเรียน ครูอนามัย/ครูโภชนาการได้รับการอบรมจากหน่วยงานสาธารณสุขทั้งในระดับพื้นที่ จังหวัดและเขต	- คณะกรรมการ ยังไม่ครอบคลุมตัวแทนนักเรียน ซึ่งทีมพี่เลี้ยงประสานทีมน้องเลี้ยงในพื้นที่ พร้อมทั้งคืนข้อมูลให้ผู้ปกครอง ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง
มาตรฐานที่ 2 : การจัดการด้านความปลอดภัยอาหาร สุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อม	- โรงเรียนมีการปรับปรุงตามมาตรฐานความปลอดภัยอาหาร สุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อมทำให้บริเวณที่รับประทานอาหาร ที่ปรุงประกอบอาหารสะอาด อากาศถ่ายเทดี มีมาตรการห้ามสูบบุหรี่ แสงสว่างเพียงพอ ใช้ภาชนะบรรจุผลิตภัณฑ์ปรุงรสเหมาะสม อุปกรณ์ใส่อาหารล้าง/จัดเก็บได้มาตรฐาน น้ำดื่ม น้ำใช้ นมถูกสุขลักษณะ แม่ครัวและผู้สัมผัสอาหารมีสุขภาพดีมีการตรวจสอบสุขภาพ	- โรงเรียน ควรให้ความสำคัญกับการแยกเศษอาหาร ระบบดักไขมัน ตรวจสอบสุขภาพให้ความรู้แม่ครัวต่อเนื่องโดยทีมพี่เลี้ยงและน้องเลี้ยง
มาตรฐานที่ 3 : การจัด บริการอาหารให้ มีคุณภาพ โภชนาการ	- โรงเรียนนำโปรแกรม Thai School Lunch มาใช้ในการจัดเมนูอาหารกลางวันและจัดเมนูล่วงหน้า 1 เดือนได้ตามมาตรฐาน ครูผู้รับผิดชอบส่วนใหญ่มีทักษะและความเข้าใจการใช้โปรแกรมฯ มีการนำผักและผลไม้ตามฤดูกาลมาใช้ในการประกอบอาหาร จัดเมนูอาหารได้หลากหลาย - โรงเรียนมีการปลูกผัก เลี้ยงปลา เลี้ยงไก่ เพาะเห็ด เพื่อการเรียนรู้และนำมาประกอบอาหารกลางวันให้นักเรียน มีครูเวรตรวจสอบคุณภาพอาหาร การจัดซื้อ การผลิตและ	- โรงเรียนมีการนำเมนูที่จัดด้วยโปรแกรม Thai School Lunch มาใช้งาน อาจจะยังไม่ครอบคลุม มอบหมายให้พี่เลี้ยงดำเนินการพัฒนาน้องเลี้ยงให้เข้าใจโปรแกรม Thai



มาตรฐาน	ผลการดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ
	บริการอาหารกลางวัน มีเครือข่ายชุมชน คณะกรรมการโรงเรียนเข้ามาช่วยกำกับดูแลและเปิดโอกาสให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการคิดเมนูอาหาร มีการจัดการอาหารเหลือทิ้ง (Food waste) โดยมีกิจกรรมจูงใจให้นักเรียนกินอาหารได้หมด ลดปริมาณอาหารเหลือทิ้ง นำเศษอาหารไปทำปุ๋ยหมัก	School Lunch และใช้อย่างจริงจัง
มาตรฐานที่ 4 : การบูรณาการ จัดการเรียนรู้ และปัจจัย แวดล้อม	- โรงเรียนจัดการเรียนการสอนด้านอาหารและโภชนาการ โดยบูรณาการกับกลุ่มสาระต่างๆ เพิ่มขึ้นเช่น ภาษาอังกฤษ ศิลปะ การงานอาชีพ ภาษาไทย คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ โดยให้เด็กทำความรู้จักส่วนประกอบอาหารผ่านการท่องศัพท์ วาดรูป ระบายสี ให้เด็กลงมือทำอาหาร - โรงเรียนบางแห่งใช้การเรียนในรูปแบบโครงงานฐานการเรียนรู้ต่างๆ เช่น แปลงเกษตร การเลี้ยงไก่ เลี้ยงปลา และนำผลผลิตมารับประทาน สื่อสารข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องผ่านสื่อออนไลน์ของโรงเรียน เช่น Facebook ไลน์กลุ่มผู้ปกครอง	- โรงเรียนบางแห่งยังไม่สามารถบูรณาการองค์ความรู้เข้าในกลุ่มสาระได้เนื่องจากจำนวนครูน้อยและความรู้ไม่เพียงพอ
มาตรฐานที่ 5 : การเฝ้าระวัง ภาวะโภชนาการ และพฤติกรรม การบริโภค อาหาร	- โรงเรียนส่วนใหญ่มีการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการได้ดี และได้จัดทำระบบสารสนเทศ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงทุกโรงเรียนดำเนินการได้ถูกต้องด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องชั่ง มีการบันทึกข้อมูลและประเมินผลการเจริญเติบโตด้วยโปรแกรม KidDiary และคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีครูอนามัย ครูประจำชั้นทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ มีเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำพื้นที่ให้การดูแล	- พี่เลี้ยงจะพัฒนาต่อ ยอด คัดกรองโรคอ้วน กลุ่มเสี่ยงควรมีระบบบันทึกข้อมูล ส่งต่อติดตามผล มีกิจกรรมแก้ไขปัญหาลดน้ำหนัก และรายงานผล มีการเยี่ยมบ้านนักเรียน

4. ผลของรูปแบบที่พี่เลี้ยงติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการแบบ บูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

4.1 การประเมินผลภาวะโภชนาการ

ผลของการวิเคราะห์ภาวะโภชนาการจากการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงนักเรียน 3,172 คน พบว่า นักเรียนสมส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.2 เป็นร้อยละ 68.4 เริ่มอ้วนและอ้วนลดลงจากร้อยละ



16.4 เหลือ 14.9 ผอมคงเดิม ร้อยละ 4.7 ส่วนสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 90.4 เป็น 91.4 และเด็กเตี้ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก ร้อยละ 3.9 เป็น 4.0 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินภาวะโภชนาการนักเรียนจากการใช้รูปแบบทีมพี่เลี้ยงติดตามประเมินผล
ด้านอาหารและโภชนาการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น (n = 3172)

ภาวะโภชนาการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง				
ผอม	147	4.6	150	4.7
ค่อนข้างผอม	219	6.9	203	6.4
สมส่วน	2101	66.3	2170	68.4
ท้วม	187	5.9	177	5.6
เริ่มอ้วนและอ้วน	518	16.3	472	14.9
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ				
สูงตามเกณฑ์ขึ้นไป	2867	90.4	2900	91.4
ค่อนข้างเตี้ย	182	5.7	146	4.6
เตี้ย	123	3.9	126	4.0

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบทีมพี่เลี้ยงติดตามประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่จังหวัดขอนแก่น มี 5 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานที่ 1 นโยบายและการบริหารจัดการ มาตรฐานที่ 2 ความปลอดภัยอาหาร สุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อม มาตรฐานที่ 3 การจัดบริการอาหารให้มีคุณค่าทางโภชนาการ มาตรฐานที่ 4 การบูรณาการจัดการเรียนรู้และปัจจัยแวดล้อม และ มาตรฐานที่ 5 การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและพฤติกรรมบริโภคอาหาร⁽⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนของประเทศไทย⁽¹¹⁾ ซึ่งผลของการใช้รูปแบบโดยพัฒนาทีมพี่เลี้ยงมาสอนงานน้องเลี้ยงสามารถยกระดับการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานด้านอาหารและโภชนาการสูงขึ้นได้โดยก่อนการพัฒนามีโรงเรียนดำเนินงานได้อยู่ในระดับดีมาก 1 แห่ง หลังการพัฒนาเพิ่มเป็น 4 แห่ง ระดับดี 5 แห่ง หลังพัฒนาเพิ่มเป็น 6 แห่ง และไม่มีโรงเรียนอยู่ในระดับปรับปรุง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ พบ ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการเพิ่มขึ้น



พี่เลี้ยงและน้องเลี้ยงสามารถดำเนินการด้านอาหารและโภชนาการได้ตามมาตรฐาน ส่งผลให้นักเรียนมีภาวะโภชนาการดีขึ้น ก่อนพัฒนา นักเรียนมีภาวะการเจริญเติบโตในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 66.3 หลังพัฒนา เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.4 เริ่มอ้วนและอ้วนลดลงเหลือ ร้อยละ 14.9

การพัฒนาพี่เลี้ยงที่เป็นบุคลากรจากหน่วยงานต้นสังกัดโรงเรียนซึ่งมีความเข้าใจบริบทของสถานการศึกษา โดยเฉพาะวิชาชีพครูและบุคลากรทางการศึกษา ทำให้การสื่อสารง่ายขึ้น ตลอดจนเป็นการสร้างทีมในระดับพื้นที่ที่มีความเกื้อหนุนการทำงานแบบเครือข่ายและได้รับคำแนะนำด้านการจัดการอาหารและโภชนาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้น้องเลี้ยงมีความเข้าใจงานและสามารถปฏิบัติได้ดี รวมถึงช่องทางการติดต่อที่สะดวกรวดเร็วทางไลน์กลุ่ม เมื่อน้องเลี้ยงมีข้อสงสัยสามารถขอคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือได้ทันต่อสถานการณ์ รวมทั้งพี่เลี้ยงและน้องเลี้ยงได้รับการเสริมสร้างศักยภาพได้ทบทวนความรู้ทางวิชาการก่อนดำเนินงาน การกำกับติดตามแบบทางการและไม่เป็นทางการนำไปสู่การปฏิบัติได้ถูกต้อง สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สสส.จากการถอดบทเรียนของโรงเรียนที่ประสบความสำเร็จ พบว่า ต้องมีกระบวนการทรัพยากรบุคคล⁽¹²⁾ โดยกระบวนการพัฒนาบุคลากรที่ทำให้การทำงานมีความเป็นพี่เป็นน้องกัน คือ การพัฒนาพี่เลี้ยง⁽¹³⁾ ซึ่งทีมพี่เลี้ยงช่วยเพิ่มสมรรถนะการเรียนรู้ได้ดีและประโยชน์ของพี่เลี้ยง คือ น้องเลี้ยงจะได้รับคำแนะนำที่เป็นกลางและมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน เกิดการพัฒนาทักษะสามารถแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน มีความมั่นใจในตนเองในการร่วมงานกับเพื่อนร่วมงานในหน่วยงานช่วยกระตุ้นการทำงานและสะท้อนการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน ผู้เข้าร่วมกระบวนการระบบพี่เลี้ยงมีความพึงพอใจในระบบพี่เลี้ยงในระดับดี ช่วยในการพัฒนาคุณธรรมและความเป็นนักวิชาการ รวมทั้งเพิ่มการคงอยู่ของงาน⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลของการใช้ระบบพี่เลี้ยงในการสอนงาน สนับสนุน ช่วยเหลือน้องเลี้ยงทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพของนักเรียนดีขึ้น ดังนั้น หน่วยงานวิชาการในระดับเขตสุขภาพ ควรนำระบบการพัฒนาพี่เลี้ยงบูรณาการกับแนวทางการพัฒนาทรัพยากรบุคคลอื่นๆ เช่น ขระดับเป็นที่ปรึกษา (Advisor)
2. หน่วยงานวิชาการในระดับเขตสุขภาพ ควรวางรูปแบบติดตามและกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพในการปฏิบัติงานอย่างมีส่วนร่วม ก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งคืนข้อมูลผลการดำเนินงานให้พื้นที่อย่างต่อเนื่องทุกระยะ เพื่อบรรลุผลสำเร็จของการดำเนินงาน
3. หน่วยงานวิชาการในระดับเขตสุขภาพ ควรประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานร่วมกัน และควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเชิดชูเกียรติบุคลากรพี่เลี้ยงน้องเลี้ยง และหน่วยงานเพื่อเสริมพลังในการพัฒนางานและพัฒนาคนในทุกมิติ



4. ควรทำการศึกษาเป็นรายกรณี (Case study) สำหรับยกระดับการดำเนินงานด้านการจัดอาหารและโภชนาการของโรงเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชาติ เมฆาธรราชิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ที่อนุญาติให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณ ดร.บุญทนกร พรหมภักดี ดร.วรรณศรี แวงงาม นางจงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี ที่ปรึกษาการวิจัยครั้งนี้ และรองศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ ขอขอบคุณ ดร.จริยา อินทรธัมมี นายไพโรจน์ กระโจมทอง นายสมโชค คุณสนอง ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 7 ทีมพี่เลี้ยง ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย ครูโภชนาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. พิธีลงนามบันทึกข้อตกลงยกระดับความร่วมมือการพัฒนาสุขภาพเด็กไทยในศตวรรษที่ 21 พ.ศ. 2565-2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/211205>
2. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/>
3. กองแผนงาน กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2566-2570. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนคี้ไซน์; 2565.
4. สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค. แนวทางพัฒนา Mentoring program ในองค์กร. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค; 2563.
5. ชุมศักดิ์ อินทร์รักษ์. ผลของการนิเทศโดยวิธี Coaching ในการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพผู้บริหารการศึกษา สำหรับนักศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยคริสเตียน. วารสารสหวิทยาการเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2567]; 12(2): เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/GRAURU/article/view/258208>
6. อองอาจ นัยพัฒน์. วิถีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
7. คณะทำงานขับเคลื่อนมาตรฐานอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา. คู่มือมาตรฐานระบบการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. ม.ป.พ.; 2567.



8. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. ระบบแนะนำอาหารกลางวันสำหรับโรงเรียนแบบอัตโนมัติ (Thai School Lunch) [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaischoollunch.in.th/>
9. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. ระบบแนะนำอาหารกลางวันสำหรับโรงเรียนแบบอัตโนมัติ (Thai School Lunch) [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaischoollunch.in.th/>
10. ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (เนคเทค). ระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กและเยาวชน (KidDiary) [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.kiddiary.in.th/>
11. กมลพัฒน์ มากแจ้ง, ורתัย วลีวงศ์, ศิริวรรณ พิชยรังษณุกุล และคณะ. การทบทวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565; 16(2): 215-248.
12. ณีฐฐณิชา แปงการิยา, กัณณพนต์ ภักดิเศรษฐกุล, พเยาว์ ฝ่อนสุข และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ ถอดบทเรียนความสำเร็จเพื่อยขยายผล กรณีศึกษา: โรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาสที่มีพัฒนาการในการจัดการอาหารและโภชนาการที่ดีเพื่อแนวทางขยายผล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <http://fhpprogram.org/download/school-food-best-practice/>
13. วณิดา ยานักษา, ขวลิติ สูงใหญ่ และธีรเชษฐ เรืองสุขอนันต์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศที่เน้นการเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของนิสิตฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูนานาชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://ejournals.swu.ac.th/>
14. อภิรติ นันท์สุภวัฒน์ และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. ระบบพี่เลี้ยงกับการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล. พยาบาลสาร 2562; 46(3): 232-238.



ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยต่อพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลท่าบุญมี อำเภอกะเจันทร์ จังหวัดชลบุรี

EFFECTIVENESS OF THE HEALTH LITERACY IN SOLID WASTE MANAGEMENT ENHANCEMENT PROGRAM ON SOLID WASTE MANAGEMENT BEHAVIOR AMONG PEOPLE AT TABOONMEE SUBDISTRICT, KOH CHAN DISTRICT, CHONBURI PROVINCE

Received: March 30, 2025

Revised: May 30, 2025

Accepted: July 06, 2025

กฤษฎา จันทมา¹, รชานนท์ โสมนันท์¹, ทัดสุพล ปิตตาระเต¹,
ธีระภัทร์ แดงกระจำ¹, พิจิตรา สักดิ์ศรียุทธ², พัทธนา เฮงบริบูรณ์พงศ์ ใจดี^{1*}
Kitsada Juntama¹, Rachanon Somanan¹, Thatsuphon Pidtarate¹,
Theerapat Daengkrajang¹, Pijittra Saksorrayut², Patchana Hengboriboonpong Jaidee^{1*}

บทคัดย่อ

ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนมักเกิดจากการจัดการขยะที่ไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่เกิดจากปริมาณขยะมูลฝอยที่เพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลท่าบุญมี อำเภอกะเจันทร์ จังหวัดชลบุรี รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลตัวแทนครัวเรือนกลุ่มละ 32 คน เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอย และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบทีสำหรับข้อมูลปกติระหว่างกลุ่มใช้ Independent t-test และภายในกลุ่มใช้ Paired t-test ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\bar{X}=64.91\pm5.69$) และพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอย ($\bar{X}=66.91\pm7.69$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมนี้สามารถปรับใช้กับทุกกลุ่มวัย เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจและความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการขยะมูลฝอย, พฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอย

¹ สาขาวิชาการสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Department of Community Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะโพธิ์ อำเภอกะเจันทร์ จังหวัดชลบุรี

Ban Koh Pho Health Promoting Hospital, Koh Chan district, Chonburi Province

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



Abstract

Environmental and public health impacts are often caused by improper waste management, primarily due to the continuous increase in solid waste volume. This study aimed to examine the effectiveness of a health literacy promotion program on health literacy and solid waste management behaviors among residents in Taboonmee Subdistrict, Koh Chan District, Chonburi Province. A quasi-experimental study was conducted using a two-group pre-posttest design. Data were collected from 32 household representatives in each group. Research instruments included the health literacy promotion program on solid waste management and a structured questionnaire. Data were analyzed using the independent t-tests and paired t-tests for normally distributed data, and the Mann-Whitney U test for non-normally distributed data.

The results showed that after participating in the program, the experimental group had a significantly higher mean health literacy score ($\bar{X} = 64.91 \pm 5.69$) and the solid waste management behaviors score ($\bar{X} = 66.91 \pm 7.69$) compared to the pre-intervention score and the control group.

This program can be adapted for use across all age groups to foster understanding and self-management capabilities, thereby promoting sustainable household solid waste management behaviors.

Keywords: Program, Health Literacy in solid waste management, Solid waste management behavior



บทนำ

ประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดขยะมูลฝอยเฉลี่ยต่อคนต่อวันอยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง สะท้อนได้จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการเกิดขยะมูลฝอยอยู่ที่ 1.18 กิโลกรัม/คน/วัน ก่อนที่จะเพิ่มขึ้นเป็น 1.12 กิโลกรัม/คน/วัน หรือ 73,840 ตัน/วัน ในปี พ.ศ. 2566 โดยจังหวัดชลบุรี พบปัญหาสถานการณ์การเพิ่มของปริมาณขยะมูลฝอยเป็นอันดับสามของประเทศ⁽¹⁾ และในพื้นที่ตำบลท่าบุญมี อำเภอกะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ที่เผชิญกับปัญหาปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้นจนเกิดขยะตกค้างจำนวนมากถึง 6.34 ตัน/วัน⁽²⁾ ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพชุมชน แนวทางสำคัญในการลดปริมาณขยะมูลฝอยอย่างยั่งยืนควรดำเนินการให้ครอบคลุมตั้งแต่การจัดการต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยเฉพาะการจัดการต้นทางที่เน้นลดปริมาณขยะตั้งแต่ต้น การคัดแยกและการใช้ซ้ำของขยะครัวเรือน ถือเป็นแนวทางการจัดการขยะที่เหมาะสมในชุมชน⁽³⁾

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยเป็นแนวทางสำคัญในการจัดการขยะตั้งแต่ต้นทาง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงและเข้าใจข้อมูล นำไปสู่การตัดสินใจและปฏิบัติที่เหมาะสม⁽³⁻⁴⁾ ส่งเสริมให้เกิดการจัดการขยะมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽⁵⁾ ความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้บุคคลเข้าใจและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ⁽⁶⁾ ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(4,7) งานวิจัยในไทยชี้ว่า โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพได้⁽⁸⁻⁹⁾ จึงควรพัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เพื่อผลลัพธ์ที่ยั่งยืนในการปรับพฤติกรรมลดปริมาณขยะของชุมชนในระยะยาว⁽¹⁰⁾

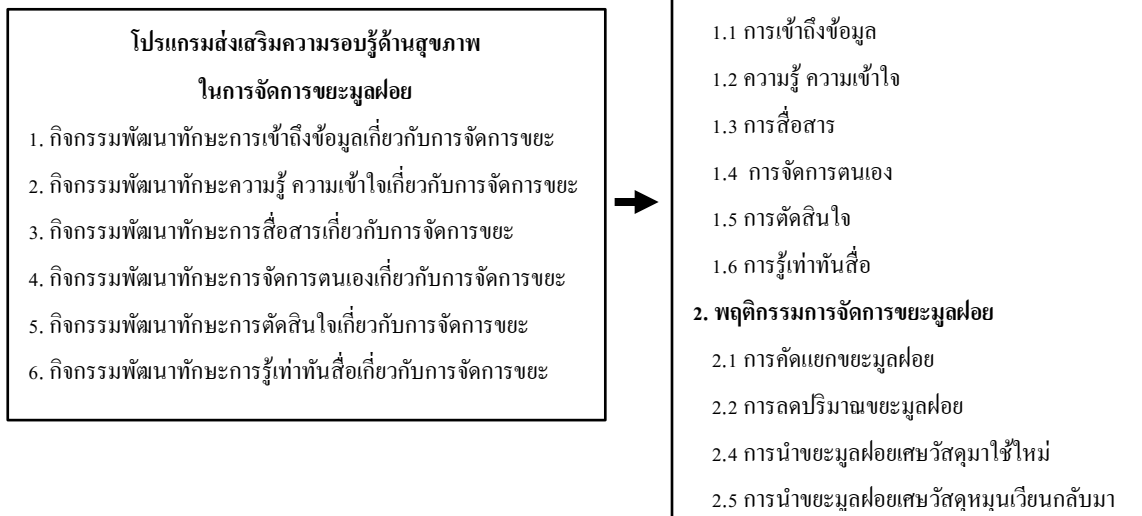
คณะผู้วิจัย จึงออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอย โดยประยุกต์แนวคิดของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾ และหลัก 3Rs⁽¹²⁾ คือ การลดขยะ (Reduce) การใช้ซ้ำ (Reuse) และการแปรรูปใหม่ (Recycle) เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้และพฤติกรรมจัดการขยะที่ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน

การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้คณะผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอย ประกอบด้วย การพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) การสื่อสาร (Communication) 4) การจัดการตนเอง (Self-management) 5) การตัดสินใจ (Decision skill) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-posttest designs) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ณ พื้นที่ตำบลท่าบุญมี อำเภอกะเจันท์ จังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ตัวแทนครัวเรือนในพื้นที่ตำบลท่าบุญมี อำเภอกะเจันท์ จังหวัดชลบุรี ซึ่งประกอบด้วย 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 2 บ้านหนองแขนนาง หมู่ที่ 3 บ้านนาม่วง หมู่ที่ 4 บ้านเกาะโพธิ์ หมู่ที่ 7 บ้านหนองงูเห่า และหมู่ที่ 9 บ้านคลองม่วง จำนวน 3,821 ครัวเรือน⁽¹³⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ที่ 3 บ้านนาม่วง เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุม ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ที่ 9 บ้านคลองม่วง ที่ได้จากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power สมการ Independent T-test (two groups) ค่าอิทธิพล Effect Size = 12.64⁽¹⁴⁾ ค่าอำนาจการทดสอบ Power $(1-\beta) = 0.80$ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $(\alpha) = 0.05$ และทดสอบสองทาง (Two tails) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 26 คน และเพื่อป้องกันสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20⁽¹⁵⁾ สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับฉลากเลือกหมู่บ้าน เพื่อกำหนดกลุ่ม จากนั้นสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random Sampling) จากบ้านเลขที่ตามสัดส่วนในระบบฐานข้อมูลสุขภาพตำบล หากตัวแทนครัวเรือนที่สุ่มได้ไม่สะดวกเข้ารับการวิจัยจะเลือกครัวเรือนถัดไปแทน จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) บุคคลซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือน 2) บุคคลซึ่งมีอายุ 18-60 ปี บริบูรณ์ 3) บุคคลซึ่งสามารถอ่าน เขียน มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ และเข้าใจภาษาไทย



4) บุคคลที่ยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย และ 5) บุคคลสามารถเข้าร่วมครบทุกกิจกรรมในโปรแกรมฯ และเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย และ 2) ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และแบบเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอย โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขภาพ การกระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾ โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะที่ 1 (การเข้าถึงข้อมูล) และทักษะที่ 2 (ความรู้ความเข้าใจ) เป็นการให้ความรู้ในเรื่องพื้นฐานของการจัดการขยะ และร่วมกันอภิปรายแนวทางในการเข้าถึงข้อมูลของแต่ละครัวเรือน สำหรับการพัฒนาด้านทักษะที่ 3 (การสื่อสาร) และทักษะที่ 4 (การจัดการตนเอง) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 เป็นการให้ความรู้ด้วยสื่อสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์ โดยจะส่งอินโฟกราฟิก วิดีทัศน์ ทักษะละ 3 ครั้ง แบบวันเว้นวัน ส่วนการพัฒนาด้านทักษะที่ 5 (การตัดสินใจ) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 ถึง 7 เป็นการให้ความรู้ด้วยสื่อสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์ และสัปดาห์ที่ 5-7 ทำการลงเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลองเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในประเด็นการตัดสินใจในการจัดการขยะมูลฝอยที่ถูกต้อง ในการดำเนินกิจกรรมสุดท้ายคือสัปดาห์ที่ 8 เป็นการพัฒนาด้านทักษะที่ 6 (การรู้เท่าทันสื่อ) ดำเนินการโดยการให้ความรู้ในเรื่องการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย และการสรุปองค์ความรู้ทั้งหมดให้กลุ่มทดลองได้ทราบและร่วมกันอภิปรายวิธีการจัดการขยะในครัวเรือนของตนเอง

2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามทั้งปลายเปิดและปิด จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน รายได้ในครัวเรือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และสถานะการเป็นเจ้าของบ้าน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจการจัดการขยะมูลฝอย เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 19 ข้อ โดยประยุกต์มาจากแบบประเมินของกองสุขภาพ⁽¹⁶⁾ ร่วมกับแนวคิดในการจัดการขยะมูลฝอยตามพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอย 6 ด้าน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจการจัดการขยะมูลฝอย เป็นคำถามแบบเลือกตอบถูกผิด ทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วย ความหมายและประเภทของขยะมูลฝอย วัตถุประสงค์ ประโยชน์และตัวอย่าง กฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยมีคะแนนเต็ม 6 คะแนน ตอบถูกได้ 1 ตอบผิดได้ 0 คะแนน



2.2 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลการจัดการขยะมูลฝอย เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย การค้นหา/เลือกแหล่งข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูล คะแนนเต็ม 10 คะแนน กำหนดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด

2.3 แบบสอบถามการสื่อสารการจัดการขยะมูลฝอย เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย การสื่อสาร การบอกต่อ และการโน้มน้าวให้บุคคลอื่นปฏิบัติ คะแนนเต็ม 15 คะแนน กำหนดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด

2.4 แบบสอบถามการจัดการตนเองในการจัดการขยะมูลฝอย เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินปริมาณขยะ การปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน และการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอย มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน กำหนดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด

2.5 แบบสอบถามการตัดสินใจในการจัดการขยะมูลฝอย เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการเลือกใช้ถุงพลาสติก การเลือกวิธีการจัดการขยะ และการเลือกวิธีการจัดการตามหลัก 3Rs มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน กำหนดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด

2.6 แบบสอบถามการรู้เท่าทันสื่อในการจัดการขยะมูลฝอย เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย การตรวจสอบความถูกต้อง/ความน่าเชื่อถือ และการวิเคราะห์ข้อมูล คะแนนเต็ม 10 คะแนน กำหนดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลขององค์ประกอบ 6 ด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอย เมื่อนำมาแปลผลสามารถแบ่งได้ 4 ระดับ คือ 1) ร้อยละ 0-59 หมายถึง ความรอบรู้ด้านนั้นอยู่ในระดับไม่ดี 2) ร้อยละ 60-69 หมายถึง ระดับพอใช้ 3) ร้อยละ 70-79 หมายถึง ระดับดี และ 4) ร้อยละ 80-100 หมายถึง ระดับดีมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอย ประยุกต์มาจากพฤติกรรมการคัดแยกขยะ และการจัดการขยะตามหลัก 3Rs^(5,17) เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย พฤติกรรมลดปริมาณขยะ (Reduce) พฤติกรรมนำขยะมาใช้ซ้ำ (Reuse) และพฤติกรรมนำขยะมาแปรรูปใหม่ (Recycle) คะแนนเต็ม 75 คะแนน กำหนดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้งจนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย

เมื่อนำมาแปลผลสามารถแบ่งพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยได้ 4 ระดับ คือ ร้อยละ 0-59 ระดับไม่ดี, ร้อยละ 60-69 ระดับพอใช้, ร้อยละ 70-79 ระดับดี และร้อยละ 80-100 ระดับดีมาก



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

วิเคราะห์ความตรงของแบบสอบถาม (Validity) โดยใช้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า เครื่องมือในการทดลองหรือโปรแกรมฯ เท่ากับ 0.83 และแบบสอบถามภาพมีค่า 0.81 และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย เท่ากับ 0.85 และ 0.93 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย โดยการทดสอบทีสำหรับข้อมูลปกติ ระหว่างกลุ่มใช้ Independent t-test และภายในกลุ่มใช้ Paired t-test ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ CBO Rec 67- 084 วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2567 คณะผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 75.00 มีอายุเฉลี่ย 46.19 ± 11.97 ปี อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.50 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.88 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน คือ 46-60 ปี ร้อยละ 46.87 รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย $< 10,000$ บาทต่อเดือน ร้อยละ 40.63 สมาชิกในครัวเรือน 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 90.63 และเป็นเจ้าของบ้าน ร้อยละ 75.00

ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 84.37 มีอายุเฉลี่ย 45.97 ± 11.58 ปี จบประถมศึกษา ร้อยละ 43.75 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 43.75 อาศัยอยู่ในชุมชน 16-30 ปี ร้อยละ 34.37 มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ย $< 10,000$ บาทต่อเดือน ร้อยละ 59.37 มีสมาชิกในครัวเรือน 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 78.13 และเป็นเจ้าของบ้าน ร้อยละ 75.00

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอย

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X} = 64.91 \pm 5.69$) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X} = 55.41 \pm 6.95$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.090$, $p\text{-value} < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 55.91 \pm 8.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



($t = 4.859$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยทุกรายด้าน มีคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรอบรู้	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ (n=32)			หลังได้รับโปรแกรมฯ (n=32)			t	p-value
ด้านสุขภาพฯ	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย								
กลุ่มทดลอง	3.19	1.15	ไม่ถูกต้อง	4.19	1.15	ถูกต้องบ้าง	-4.286	<0.001
กลุ่มควบคุม	2.72	1.22	ไม่ถูกต้อง	3.25	1.02	ไม่ถูกต้อง	-1.784	0.084
2. การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย								
กลุ่มทดลอง	7.19	1.89	ดี	8.44	1.44	ดีมาก	-2.918	0.006
กลุ่มควบคุม	6.59	1.79	พอใช้	7.72	2.02	ดี	-2.721	0.011
3. การสื่อสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย								
กลุ่มทดลอง	10.38	2.45	พอใช้	12.44	1.78	ดีมาก	-3.655	0.001
กลุ่มควบคุม	9.41	2.47	พอใช้	10.53	2.27	ดี	-2.075	0.046
4. การจัดการตนเองเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย								
กลุ่มทดลอง	10.84	1.85	ดี	12.97	1.58	ดีมาก	-4.941	<0.001
กลุ่มควบคุม	10.59	1.93	ดี	10.59	2.66	ดี	0.000	1.000
5. การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย								
กลุ่มทดลอง	7.09	1.47	ดี	8.53	1.34	ดีมาก	-4.281	<0.001
กลุ่มควบคุม	6.56	1.61	พอใช้	7.84	1.85	ดี	-3.073	0.004
6. การตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย								
กลุ่มทดลอง	16.72	2.02	ดีมาก	18.34	2.28	ดีมาก	-3.141	0.004
กลุ่มควบคุม	15.06	3.30	ดี	15.97	2.55	ดี	-1.286	0.208
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	55.41	6.95	ดี	64.91	5.69	ดีมาก	-6.090	<0.001
กลุ่มควบคุม	50.88	8.14	พอใช้	55.91	8.80	ดี	-2.752	0.010



สำหรับคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังรับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ($\bar{X}$ = 64.91±5.69) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 55.91±8.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.859, p -value < 0.001) โดยกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านความรู้ความเข้าใจ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรอบรู้	กลุ่มทดลอง (n=32)			กลุ่มควบคุม (n=32)			t / Z	p-value
ด้านสุขภาพฯ	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย								
ก่อนรับโปรแกรมฯ	3.19	1.15	ไม่ถูกต้อง	2.72	1.22	ไม่ถูกต้อง	-1.454	0.146 ^M
หลังรับโปรแกรมฯ	4.19	1.15	ถูกต้อง	3.25	1.02	ไม่ถูกต้อง	3.459	0.001
บ้าง								
2. การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย								
ก่อนรับโปรแกรมฯ	7.19	1.89	ดี	6.59	1.79	พอใช้	1.423	0.137
หลังรับโปรแกรมฯ	8.44	1.44	ดีมาก	7.72	2.02	ดี	1.641	0.155
3. การสื่อสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย								
ก่อนรับโปรแกรมฯ	10.38	2.45	พอใช้	9.41	2.47	พอใช้	1.575	0.165
หลังรับโปรแกรมฯ	12.44	1.78	ดีมาก	10.53	2.27	ดี	3.739	0.001
4. การจัดการตนเองเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย								
ก่อนรับโปรแกรมฯ	10.84	1.85	ดี	10.59	1.932	ดี	0.529	0.453
หลังรับโปรแกรมฯ	12.97	1.58	ดีมาก	10.59	2.662	ดี	4.323	<0.001
5. การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย								
ก่อนรับโปรแกรมฯ	7.29	1.48	ดี	6.56	1.61	พอใช้	1.382	0.142
หลังรับโปรแกรมฯ	8.53	1.34	ดีมาก	7.84	1.85	ดี	1.700	0.119
6. การตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย								
ก่อนรับโปรแกรมฯ	16.72	2.08	ดีมาก	15.06	3.30	ดี	2.421	0.036
หลังรับโปรแกรมฯ	18.34	2.28	ดีมาก	15.97	2.55	ดี	3.931	<0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม								
ก่อนรับโปรแกรมฯ	55.41	6.95	ดี	50.88	8.14	พอใช้	2.396	0.041
หลังรับโปรแกรมฯ	64.91	5.69	ดีมาก	55.91	8.80	ดี	4.859	<0.001

^Mใช้สถิติ Mann-Whitney U test จึงแสดงค่า Z และ p-value



พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X} = 66.91 \pm 7.69$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X} = 54.72 \pm 7.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.856$, $p\text{-value} < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 60.34 \pm 10.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.854$, $p\text{-value} = 0.006$) โดยพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย พฤติกรรมการลดขยะ พฤติกรรมการใช้ซ้ำ และพฤติกรรมการนำกลับมาใช้ใหม่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ (n=32)			หลังได้รับโปรแกรมฯ (n=32)			t	p-value
การจัดการขยะมูลฝอย	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
1. พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย								
กลุ่มทดลอง	15.91	2.51	ดี	18.69	1.67	ดีมาก	-5.459	<0.001
กลุ่มควบคุม	15.78	3.62	ดี	17.16	3.26	ดีมาก	-1.580	0.124
2. พฤติกรรมการลดขยะ								
กลุ่มทดลอง	13.97	2.38	พอใช้	17.66	2.59	ดีมาก	-6.674	<0.001
กลุ่มควบคุม	14.44	3.56	ดี	14.94	3.16	ดี	-0.549	0.587
3. พฤติกรรมการใช้ซ้ำ								
กลุ่มทดลอง	9.94	3.09	พอใช้	12.78	2.85	ดีมาก	-3.897	<0.001
กลุ่มควบคุม	11.06	2.93	ดี	12.28	2.50	ดีมาก	-1.753	0.089
4. พฤติกรรมก็นำกลับมาใช้ใหม่								
กลุ่มทดลอง	14.91	3.04	ดี	17.78	2.11	ดีมาก	-4.349	<0.001
กลุ่มควบคุม	15.25	2.50	ดี	15.97	3.15	ดี	-1.014	0.318
พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	54.72	7.46	ดี	66.91	7.69	ดีมาก	-6.856	<0.001
กลุ่มควบคุม	56.53	10.16	ดี	60.34	10.48	ดีมาก	-1.465	0.153



สำหรับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย พบว่า หลังรับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม ($\bar{X}=66.91\pm7.69$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=60.34\pm10.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.854$, $p\text{-value}=0.006$) โดยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในด้านพฤติกรรมการคัดแยกขยะ พฤติกรรมการลดขยะ และพฤติกรรมนำกลับมาใช้ใหม่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พฤติกรรมการจัดการ ขยะมูลฝอย	กลุ่มทดลอง (n=32)			กลุ่มควบคุม (n=32)			t / Z	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
1. พฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอย								
ก่อนรับโปรแกรมฯ	15.91	2.51	ดี	15.78	3.62	ดี	0.161	0.873
หลังรับโปรแกรมฯ	18.69	1.67	ดีมาก	17.16	3.26	ดีมาก	2.361	0.021
2. พฤติกรรมการลดขยะ								
ก่อนรับโปรแกรมฯ	13.97	2.38	พอใช้	14.44	3.56	ดี	0.619	0.528
หลังรับโปรแกรมฯ	17.66	2.59	ดีมาก	14.94	3.16	ดี	3.758	<0.001
3. พฤติกรรมการใช้ซ้ำ								
ก่อนรับโปรแกรมฯ	9.94	3.09	พอใช้	11.06	2.92	ดี	1.492	0.141
หลังรับโปรแกรมฯ	12.78	2.85	ดีมาก	12.28	2.50	ดีมาก	-0.132	0.265 ^M
4. พฤติกรรมการนำกลับมาใช้ใหม่								
ก่อนรับโปรแกรมฯ	14.91	3.04	ดี	15.25	2.50	ดี	0.494	0.623
หลังรับโปรแกรมฯ	17.78	2.11	ดีมาก	15.97	3.15	ดี	-0.193	0.024 ^M
พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม								
ก่อนรับโปรแกรมฯ	54.72	7.46	ดี	56.53	10.16	ดี	0.814	0.419
หลังรับโปรแกรมฯ	66.91	7.69	ดีมาก	60.34	10.48	ดีมาก	2.854	0.006

^Mใช้สถิติ Mann-Whitney U test จึงแสดงค่า Z และ p-value

สรุปผลการวิจัย

ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอย พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมฯ ไม่แตกต่างกัน



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมฯ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.090$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การจัดการตนเอง และ การรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่จังหวัดกาฬสินธุ์⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะของนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมกิจกรรม

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.859$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน หลังได้รับโปรแกรมฯ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษา⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความรอบรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม จากการเน้นการใช้เทคโนโลยีควบคู่กับการติดตามในชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและความต่อเนื่องของการเรียนรู้เหมือนกับโปรแกรมฯ ในการศึกษารุ่นนี้ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ในชุมชน การใช้สื่อออนไลน์ และการเยี่ยมบ้าน

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังรับโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.856$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยกิจกรรมให้ความรู้และติดตามในชุมชนช่วยกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวและเกิดเครือข่ายการจัดการขยะ ส่งผลให้พฤติกรรมตามหลัก 3Rs ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การอบรมเรื่อง 3Rs และเน้นการปฏิบัติจริงสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการขยะในครัวเรือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.854$, $p\text{-value} = 0.006$) โดยเฉพาะด้านการลดปริมาณขยะและการใช้ซ้ำ ซึ่งอาจเกิดจากเมื่อคัดแยกขยะจะช่วยให้หน้าขยะบางประเภทกลับมาใช้ใหม่ได้มากขึ้น การศึกษานี้เน้นการบูรณาการความรู้และทักษะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมลดขยะตั้งแต่ต้นทาง สอดคล้องกับงานวิจัย⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การคัดแยกขยะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมรักษาความสะอาดภายในชุมชนและการใช้ซ้ำในชีวิตประจำวัน



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการนำไปใช้ หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยไปปรับใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายทุกกลุ่มวัยเพื่อทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในสื่อสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อีกทั้งควรมีการกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการวิจัย จากผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมฯ สามารถเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอย ดังนั้นเพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยที่ดีอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการศึกษาวิจัยเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการก่อตัวของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับชุมชนท้องถิ่นที่ยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะโพธิ์ ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และประสานงานกับประชาชนในพื้นที่ รวมถึงขอขอบคุณตัวแทนครัวเรือนในพื้นที่ตำบลท่าบุญมี อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรีที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยจังหวัดชลบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://thaimsw.pcd.go.th/report_province.php?year=2566&province=11
2. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ข้อมูลการสำรวจขยะมูลฝอยจากกรมควบคุมมลพิษ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaimsw.pcd.go.th/localgovdetail.php?id=818&syar=2561#syar>
3. กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือและโปรแกรมประเมิน HL และ HB กลุ่มวัยทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hed.go.th/tool-hlhb/>
4. พัทรี ศรีกุดตา, นรา ระวาดชัย, ทิวากรณ์ ราชูธร, ปันรดา ฐานะปัตโต, นพเก้า บัวงาม, ปวีณา ภูริศิริวัชรกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านการจัดการขยะมูลฝอยของแกนนำชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 2564; 27(3): 63-73.



5. วสันต์ ศรีโยธี. รูปแบบพัฒนาพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตอำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ [ปริญญานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2563.
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promot Int.* 2000; 15(3): 259-67.
7. ถนอม ผิวหอม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน* 2567; 9(4): 82-89.
8. ทิพย์ฤดี สี่มา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอักเสบเฉียบพลัน หอบหืดใน โรงพยาบาลน้ำหนาว. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2567; 17(2): 183-196.
9. อินทรา ทับคล้าย, พิมพ์นภัส ภูมิภิตพิชญ์, อิศรา ศิริมณีรัตน์, อนงค์ รักษ์วงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2567; 17(2): 168-182.
10. Saxena P, Sarkar A, Zhang B, Achari G. Sociodemographic drivers of waste management behaviors and public perceptions of environmental contaminants in coastal communities of Newfoundland, Canada. *J Environ Manag* 2025; 377: 124654.
11. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิเวศรรคการพิมพ์; 2554.
12. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. โครงการฝึกอบรมการรวมกลุ่มพื้นที่ในการจัดการมูลฝอย (Clusters) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oic.go.th>
13. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะโพธิ์. รายงานข้อมูลพื้นฐานตำบลบ้านเกาะโพธิ์ พ.ศ. 2567. ชลบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะโพธิ์; 2567.
14. ชีร์ดนัย ชาวป่า. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะติดเชื้อในครัวเรือนของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อภายในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก [ปริญญานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
15. Bell ML, Kenward MG, Fairclough DL, Horton NJ. Differential dropout and bias in randomised controlled trials: when it matters and when it may not. *BMJ.* 2013; 346:e8668.



16. พรหทัย เทพไหว. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการมูลฝอย ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2565.
17. อรรถราช สวงตระกูล. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(1): 220-228.
18. เทพสุดา จิตตระกูล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564.
19. สุมาลี พุ่มภิญโญ, เสาวลักษณ์ กู้เจริญประสิทธิ์. พฤติกรรมในการจัดการขยะของครัวเรือนตามแนวคิด 3Rs: กรณีศึกษาเทศบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม 2560; 13(1): 78-93.
20. ก้องพิพัฒน์ กองคำ. พฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนบ้านโกทา ตำบลศิลา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มมร. วิทยาเขตอีสาน 2563; 1(1): 48-55.



**ผลของโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี**
**EFFECTS OF PROGRAM APPLYING HEALTH BELIEF MODEL
ON DENGUE HEMORRHAGIC FEVER PREVENTION BEHAVIORS
AMONG SCHOOL-AGE CHILDREN IN CHON BURI PROVINCE**

นิภาพร ปัญญา¹, เอ็มอัชฌา วัฒนบุรานนท์²,

นิภา มหารัชพงษ์², ปาจริย์ อับดุลลาซิม^{2*}

Nipaporn Panya¹, Aim-utcha Wattanaburanon²,

Nipa Maharachpong², Pajaree Abdullakassim^{2*}

Received: May 22, 2025

Revised: July 17 02, 2025

Accepted: July 17, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ประกอบด้วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดี การเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น โปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี ทำให้นักเรียนมีความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก, เด็กวัยเรียน

¹ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Faculty of Public Health, Burapha University

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



Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a program applying the Health Belief Model (HBM) on dengue hemorrhagic fever prevention behaviors among school-age children in Chon Buri province. The sample consisted of 60 Grade 8 students, divided equally into an experimental group and a control group. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The findings revealed that, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher levels of knowledge about dengue hemorrhagic fever, improved perceptions of the disease based on the HBM, and better dengue prevention behaviors compared to both their pre-intervention scores and the control group ($p < .05$). In contrast, the control group showed only moderate levels of knowledge and perceptions about dengue hemorrhagic fever.

These results indicate that the program based on the Health Belief Model effectively enhanced knowledge, strengthened perceptions, and promoted appropriate dengue prevention behaviors among school-age children. The study supports the use of HBM-based educational interventions in promoting public health practices in school settings.

Keywords: Health Belief Model, Dengue hemorrhagic fever prevention behaviors, School-age children



บทนำ

โรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากที่สุดของกลุ่มโรคติดต่อนำโดยยุงลาย เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic disease) ของประเทศไทย พบการระบาดยาวนานต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน⁽¹⁾ โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นเด็กวัยเรียน (5-14 ปี)⁽²⁾ และผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน มีโรคประจำตัวเรื้อรัง รวมทั้งซื้อยารับประทานเองเมื่อป่วย ได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs เช่น ยาชุด ไอบรูโพรเฟน แอสไพริน ไคโคลฟีแนค เป็นต้น การไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า และไม่ได้ไปตรวจหาสาเหตุที่แท้จริงของการป่วยที่โรงพยาบาลจะมีความเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรงและเสียชีวิต⁽³⁾

รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2565 พบว่า พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยมากกว่า พ.ศ. 2564 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน 4.5 เท่า⁽⁴⁾ เขตสุขภาพที่ 6 พบผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ จังหวัดชลบุรี 4 ราย อัตราป่วยสะสมสูงสุด คือ จังหวัดชลบุรี 152.29 ต่อแสนประชากร รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดชลบุรี พบผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ อำเภอศรีราชา 3 ราย อัตราป่วยสะสมสูงสุด คือ อำเภอศรีราชา 284.67 ต่อแสนประชากร และรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของอำเภอศรีราชา พบผู้เสียชีวิตจำนวน 3 ราย ได้แก่ ตำบลทุ่งสุขลา 1 ราย ตำบลบึง 1 ราย และตำบลเขาคันทรง 1 ราย อัตราป่วยสะสมสูงสุด คือ ตำบลทุ่งสุขลา 818.54 ต่อแสนประชากร รายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำแนกตามอายุ พบผู้ป่วยสะสมสูงสุด คือ อายุ 5-14 ปี จำนวน 497 ราย⁽⁵⁾ จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2565 จะเห็นได้ว่า อำเภอศรีราชาเป็นอำเภอที่ต้องให้ความสำคัญด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยเรียน เนื่องด้วยยังพร้อมทั้งความรู้และการป้องกันโรคไข้เลือดออก ไม่คิดว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยง โดยจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างเคร่งครัดเมื่อมีการกระตุ้นหรือการณรงค์ แต่เมื่อใดที่ขาดการกระตุ้นก็จะทำน้อยลงหรือหยุดทำ จึงทำให้เกิดความไม่ยั่งยืนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อีกทั้งเด็กวัยเรียนเป็นกลุ่มประชากรที่สำคัญ สามารถพัฒนาให้มีศักยภาพปลูกฝังความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ เสริมสร้างการรับรู้และทักษะที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม⁽⁶⁾ อีกทั้ง หน่วยงานของรัฐในเขตพื้นที่อำเภอศรีราชา ได้ดำเนินการตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾ แต่ยังคงพบจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด ดังนั้น มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอาจยังไม่เพียงพอ การสื่อสารความเสี่ยงให้ทราบอาการของโรคที่ควรไปพบแพทย์โดยเร็วจึงเป็นอีกสิ่งหนึ่ง ที่ควรให้ความสำคัญ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการควบคุมโรคและลดการแพร่ระบาดในพื้นที่⁽¹⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher และ Rosenstock ปี ค.ศ. 1997 กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรค บุคคลต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติกับ



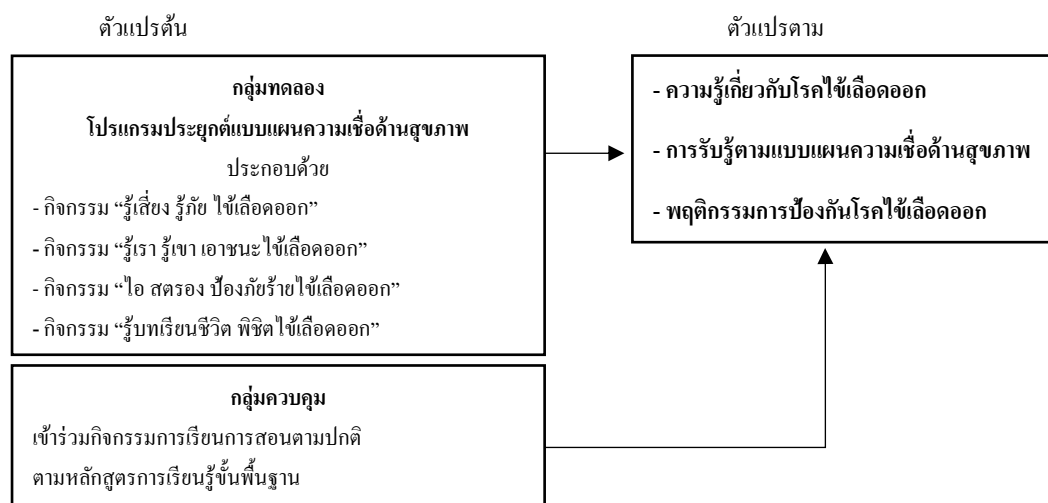
อุปสรรคหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้น ร่วมกับบุคคลต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะสามารถปฏิบัติได้ และปฏิบัติพฤติกรรมสู่เป้าหมาย และมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการกระตุ้นบุคคลให้เกิดความพร้อมและความร่วมมือในการปฏิบัติ สืบส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น⁽¹⁷⁾ อีกทั้งการศึกษาของ ปรณพัชร วงศ์ธีรพงษ์⁽⁸⁾ ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ซึ่งการที่บุคคลได้รับการพัฒนาความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยกระตุ้นเตือนการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้อง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher และ Rosenstock ปี ค.ศ. 1997 มาพัฒนาเป็นโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี ลดโอกาสการเจ็บป่วยจากโรคไข้เลือดออก หรือเมื่อเจ็บป่วยจะสามารถลดการเกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงหรือการเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย





ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม (two group pre-posttest control group design) รวมระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 18 ในพื้นที่ตำบลที่พบ ผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงเรียนทุ่งสุขลาพิทยาศาสตร์ “กรุงเทพฯอนุเคราะห์” และโรงเรียนบึงศรีราชาพิทยาคม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power⁽⁹⁾ โดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากผลการศึกษาของปริยาภรณ์ ชมมะลัง⁽¹⁰⁾ ได้เท่ากับ 0.50 กำหนดค่า α (ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1) = 0.05 ค่า Power of test = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะศึกษา จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนกลุ่มละ 30 คน และทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่คืนที่มา 1 โรงเรียน จับสลากครั้งแรกให้เป็นโรงเรียนกลุ่มทดลอง ได้แก่ โรงเรียนทุ่งสุขลาพิทยาศาสตร์ “กรุงเทพฯอนุเคราะห์” และโรงเรียนกลุ่มควบคุม ได้แก่ โรงเรียนบึงศรีราชาพิทยาคม โดยเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนที่ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมโปรแกรมพร้อมลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน ผู้ปกครองยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน เนื่องจากนักเรียนมีอายุต่ำกว่า 20 ปี หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ และไม่มีโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยที่ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่ไม่สามารถทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องได้ หรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี ดำเนินการทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 50 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 4 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งเจตนาวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย รายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง



ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 1 “รู้เสี่ยง รู้ภัย ไข้เลือดออก” ให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกประกอบสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก ฝึกการวิเคราะห์พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในช่วงที่มีภาวะสงสัยโรคไข้เลือดออกหรือป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 2 “รู้เรา รู้เขา เอาชนะไข้เลือดออก” การบอกเล่าประสบการณ์ตนเองเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และอุปสรรคที่เป็นปัญหาทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และแลกเปลี่ยนประสบการณ์หาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 3 “ไอ สดรอง ป้องกันภัยไข้เลือดออก” ทำกิจกรรม “เกมบันไดงู” การเรียนรู้โดยใช้ความรู้ ความสามารถของตนเอง เพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดความสำเร็จตามเป้าหมาย

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 4 “รู้บทเรียนชีวิต พิชิตไข้เลือดออก” การสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกรู้สึกหรือการปฏิบัติเมื่อได้รับทราบเรื่องราวของบุคคลใกล้ชิด บุคคลที่มีชื่อเสียงที่ได้รับผลกระทบจากโรคไข้เลือดออก และถอดบทเรียนแนวปฏิบัติที่ดี

ครั้งที่ 6 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมตามโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และเน้นย้ำถึงผลดีของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้การสอนตามปกติ แต่มีการดำเนินการวิจัย 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และครั้งที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 บัญชีส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ ลักษณะของที่อยู่อาศัย และประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูกและผิด เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำโปรแกรมและแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) กำหนดค่า ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยโปรแกรมมีค่าเท่ากับ 0.93 และแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 0.76

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try-out) ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทำการทดสอบโดยใช้แบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กำหนดค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.74 การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.78 และ 0.87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. บัณฑิตส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ประเมินผลแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสูง ปานกลาง และต่ำ
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประเมินผลแบ่งระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามเกณฑ์ของ Best⁽¹²⁾ เป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ
4. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประเมินผลแบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกตามเกณฑ์ของ Best⁽¹²⁾ เป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับดี ปานกลาง และต้องปรับปรุง
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้
 - 1) เปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired t-test
 - 2) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB3-122/2567 วันที่รับรอง 19 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ อายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย 13.77 ปี (S.D. = 0.63) อายุต่ำสุด 13 ปี และอายุสูงสุด 15 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 และเพศชาย ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ 2 ปี-7 ปี ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่มีลักษณะของที่อยู่อาศัย อยู่ในชุมชนเมือง ร้อยละ 56.7 และส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้เลือดออก โดยตัวนักเรียนเคยป่วย ร้อยละ 50.0 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ อายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 13.93 ปี (S.D. = 0.45) อายุต่ำสุด 13 ปี และอายุสูงสุด 15 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 และเพศชาย ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ 8-13 ปี ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่มีลักษณะของที่อยู่อาศัย อยู่ในชุมชนเมือง ร้อยละ 46.7 และส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้เลือดออก โดยไม่มีใครเคยป่วย ร้อยละ 73.3 และหลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดี

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกหลังทดลองและก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหลังทดลองและก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังทดลองและก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	95% CI		p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Difference	Lower	Upper	
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก								
กลุ่มทดลอง (30 คน)	14.00	2.421	19.97	0.183	5.97	5.07	6.86	<0.001*
กลุ่มควบคุม (30 คน)	13.80	2.265	14.43	2.487	0.63	-0.11	1.38	0.092
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง (30 คน)	76.43	8.488	88.00	2.491	11.58	8.68	14.45	<0.001*
กลุ่มควบคุม (30 คน)	75.87	7.243	74.37	6.178	-1.50	-4.00	1.00	0.230
พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก								
กลุ่มทดลอง (30 คน)	30.57	6.163	36.13	3.655	5.57	2.81	8.32	<0.001*
กลุ่มควบคุม (30 คน)	28.10	6.541	27.80	6.206	-0.30	-2.45	1.85	0.778

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน และหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน และหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน และหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Difference	95% CI		p-value
	(30 คน)		(30 คน)			Lower	Upper	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก								
ก่อนทดลอง	14.00	2.421	13.80	2.265	0.20	-1.01	1.41	0.742
หลังทดลอง	19.97	0.183	14.43	2.487	5.53	4.60	6.46	<0.001*
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ								
ก่อนทดลอง	76.43	8.488	75.87	76.43	0.57	-3.51	4.64	0.782
หลังทดลอง	88.00	2.491	74.37	88.00	13.63	11.17	16.09	<0.001*
พฤติกรรมป้องกันการโรคไข้เลือดออก								
ก่อนทดลอง	30.57	6.163	28.10	30.57	2.47	-0.82	5.75	0.138
หลังทดลอง	36.13	3.655	27.80	36.13	8.33	5.69	10.98	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก



ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมโดยมีการใช้สื่อการเรียนรู้ สื่อวีดิทัศน์ และเกม ทำให้มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกเกี่ยวกับพาหะนำโรค การติดต่อของโรค อาการเตือนและอาการของโรค การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การป้องกันโรคไข้เลือดออก และการปฏิบัติตนเมื่อพบภาวะสงสัยโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ถึงประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก สามารถรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่ขัดขวางต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก การได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งการได้รับข่าวสาร คำแนะนำ ความเพียงพอของทรัพยากร การร่วมกิจกรรมรณรงค์การป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมถึงการมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิรพันธ์ ใจแก้ว และคณะ⁽¹³⁾ ที่ได้ศึกษาผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น พบว่า การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ ทำให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภาศรี วงศ์จินดารักษ์⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายต่อความรู้และพฤติกรรมในนักเรียนแกนนำชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรียาภรณ์ ชมมะลัง⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพ



ของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผลข้างต้นเกิดขึ้นจากผลของการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย กิจกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรม “รู้เสี่ยง รู้ภัย ไข้เลือดออก” 2) กิจกรรม “รู้เรา รู้เขา เอาชนะ ไข้เลือดออก” 3) กิจกรรม “ไอ สดรอง ป้องกันภัย ไข้เลือดออก” และ 4) กิจกรรม “รู้บทเรียนชีวิต พิชิต ไข้เลือดออก” สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรียาภรณ์ ชมมะลิ่ง⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไข้เลือดออก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรกร วิชัยโย และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร กรณีศึกษานักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนการเรียนรู้ปัญญาสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Learning Theory) ที่พัฒนามาเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) โดย Albert Bandura⁽¹⁶⁾ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher และ Rosenstock⁽¹⁷⁾ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมและดีขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ได้



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปสร้างองค์ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่นักเรียนพื้นที่อื่น รวมทั้งศึกษาแนวทางสร้างการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ชุมชน และครอบครัว ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมในระยะยาว และควรใช้ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยให้มากกว่า 6 สัปดาห์ และมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะเวลาที่แตกต่างกัน เช่น 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาจริย์ อับดุลลากาซิม ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย ศาสตราจารย์ ดร.เอ็มอัชมา วัฒนบุรานนท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหารัษฎพงศ์ ที่ให้ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 18 ชลบุรี ระยอง ตลอดจนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 โรงเรียนทุ่งสุขลาพิทย “กรุงเทพอนุเคราะห์” และโรงเรียน บึงศรีราชาพิทยาคม จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จนงานวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยูงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://online.fliphtml5.com/bcbgi/nfvi/#p=1>
2. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยูงลายฯ พ.ศ. 2563-2565. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือราชการเรื่องขอความร่วมมือดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยูงลาย ปี 2566. ที่ สธ 0411.4 / 238 (ลงวันที่ 27 มกราคม 2566).
4. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค; 2565.



5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี. ชุดซอฟต์แวร์สนับสนุนการป้องกันและควบคุมการระบาดของไข้เลือดออกเชิงรุก. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี; 2565.
6. กรมอนามัย. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเด็กวัยเรียนและเยาวชน. พิมพ์ครั้งที่ 5. สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
7. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดชลบุรี. หนังสือราชการเรื่องการส่งการคาดการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2565 และมาตรการป้องกันและเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคไข้เลือดออก. ที่ ขบ 0023.3/ ว 234 (ลงวันที่ 12 มกราคม 2565).
8. ประณพพัชร วังศรีราพงษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
9. สุริย์พันธุ์ วรพงษ์. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์ หจก.วนิดาการพิมพ์; 2564.
10. ปรียาภรณ์ ชมมะลัง. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร; 2560.
11. Bloom, B.S. What We Are Learning about Teaching and Learning: A Summary of Recent Research. Principal 1986; 66: 6-10.
12. Best, J.W. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
13. วิรพันธ์ ใจแก้ว, จตุพร ดันเจียง และกานต์กมล ผลาผล. ผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(2): 187-200.
14. ประภาศรี วงศ์จินดารักษ์. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อโดยขยายต่อความรู้และพฤติกรรมในนักเรียนแกนนำชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2566.
15. วรกร วิชัยโย, ธงศักดิ์ชัย สายพระราชฤทธิ์, ศรีัญญา ปัตติจิตย์, สุภารัตน์ พลนาถ และปริญญภรณ์ จำริญเจือ. การเปรียบเทียบผลของการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาลังคมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร กรณีศึกษานักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(2): 195-205.



16. Albert Bandura. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84(2): 191-215.
17. Stretcher, V. J. and Rosenstock, I. M. The Health Belief Model. In *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

FACTORS INFLUENCING FALLS PREVENTION BEHAVIORS AMONG ELDERLY IN BAN PHAEO DISTRICT, SAMUT SAKHON PROVINCE

ขวัญฤดี โพธิ์ทอง^{1*}, พรรณี บัญชรหัตถกิจ¹, วัชรารณ วังสกุลกาญจน์¹

Khwanrudee Pothong^{1*}, Phannee Banchonhattakit¹,

Watcharaporn Wongsakulkarn¹

Received: June 22, 2025

Revised: July 22, 2025

Accepted: August 04, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และความสามารถในการเดินและทรงตัวของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 161 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.08$, S.D. = 0.42) พฤติกรรมที่พบมาก ได้แก่ การหยุดกิจกรรมเมื่อรู้สึกเวียน ($\bar{X} = 4.54$) และการเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสม ($\bar{X} = 4.42$) ความสามารถในการเดินและการทรงตัวอยู่ในระดับดีร้อยละ 82 ทำแบบทดสอบ Timed Up and Go ได้ภายใน 20 วินาที ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ ($\beta = 0.474$), สภาพแวดล้อมในบ้าน ($\beta = 0.222$) และรายได้ ($\beta = 0.268$) ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมได้ร้อยละ 39.8 ($R^2 = 0.398$)

ผลการวิจัยเสนอแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม โดยเน้นการสร้างการรับรู้ ปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย และสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม, ผู้สูงอายุ, ปัจจัยที่มีอิทธิพล, หกล้ม

¹ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

*Corresponding author E-mail: Khwaneuedee.mn@gmail.com



Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to: 1) examine the level of fall prevention behaviors and the ability to walk and maintain balance among older adults in Ban Phaeo District, Samut Sakhon Province; and 2) investigate the factors influencing fall prevention behaviors. A total of 161 elderly participants were selected using multistage random sampling. A content-validated and reliable questionnaire was used for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that fall prevention behaviors were at a high level ($\bar{X} = 4.08$, S.D. = 0.42). The most common behaviors included stopping activities when feeling dizzy ($\bar{X} = 4.54$) and choosing appropriate clothing ($\bar{X} = 4.42$). Walking and balance ability was generally good, with 82% of participants completing the Timed Up and Go test within 20 seconds. The factors significantly influencing fall prevention behaviors were perception ($\beta = 0.474$), home environment ($\beta = 0.222$), and income ($\beta = 0.268$), which together predicted 39.8% of the variance in fall prevention behaviors ($R^2 = 0.398$).

The findings suggest that strategies to promote fall prevention behaviors among the elderly should focus on enhancing perception, improving home safety, and providing economic support.

Keywords: Fall prevention behavior, elderly, influencing factors, fall



บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้โครงสร้างอายุของประชากรโลกเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น ทั้งทั้งโลกมีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก ปรากฏการณ์นี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากมีอัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกลดลง ในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น การสูงวัยของประชากรมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละประเทศ ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งประเทศ ก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (aged society) และในอนาคตประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) เมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ⁽¹⁾ ซึ่งปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เนื่องมาจากความเสื่อมของระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และหนึ่งในปัญหาเหล่านั้น คือ การหกล้ม ซึ่งการหกล้มในผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก

การหกล้มในระดับโลก พบว่ายังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ในปี 2563 มีผู้บาดเจ็บจากการหกล้มทั่วโลก 622 ล้านคน คิดเป็นอัตราการหกล้ม 231 ครั้งต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิตจากการหกล้มทั่วโลกในปีเดียวกันอยู่ที่ 684,000 คน จากการหกล้มของทั่วโลก พบปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดการหกล้มที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในการดำเนินชีวิต และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม⁽²⁾ ซึ่งในประเทศไทย พบว่า การหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บรุนแรง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว คุณภาพชีวิตลดลง อาจเสียชีวิตได้ และพบว่าการหกล้มในผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2564 พบผู้สูงอายุเกิดการหกล้ม 1.2 ล้านครั้ง คิดเป็นอัตราของการหกล้ม 2.2 ครั้งต่อประชากรของผู้สูงอายุ 1,000 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2563 ที่มีอัตราหกล้ม 2.1 ครั้งต่อประชากรของผู้สูงอายุ 1,000 คน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในทุกด้านในทางที่เสื่อมถอยลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหามากมายโดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ปัญหาการทรงตัว ข้อเข่าเสื่อม ปัญหาด้านการมองเห็น และด้านอื่นๆ⁽³⁾ ผู้สูงอายุไทยมีความชุกของการหกล้มประมาณ ร้อยละ 6.5 โดยผู้สูงอายุในเขตเมืองมีอัตราการหกล้มและความกลัวการหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบท⁽⁴⁾ ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 19,000–25,000 บาทต่อราย และมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6–8 วันต่อครั้ง นอกจากนี้ ผลกระทบทางสังคม เช่น การสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง และภาระต่อครอบครัว⁽⁵⁾

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มขึ้นอยู่กับการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และสภาพความปลอดภัยของที่อยู่



อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ และพบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ มี 3 ปัจจัย คือ ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากสังคม⁽⁷⁾

อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 20,221 คน คิดเป็นร้อยละ 24.03 ซึ่งเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) ประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม และพบว่ามีอัตราผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม 17,163 คน และพบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 611 คน คิดเป็นร้อยละ 3.56 และเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมของจังหวัดสมุทรสาคร⁽⁸⁾

ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญปัญหาดังกล่าวของผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มที่มาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยจะสามารถเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพหรือนโยบายสุขภาพของชุมชนต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญที่จะส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและช่วยส่งเสริมความสามารถในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และเป็นส่วนหนึ่งในการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

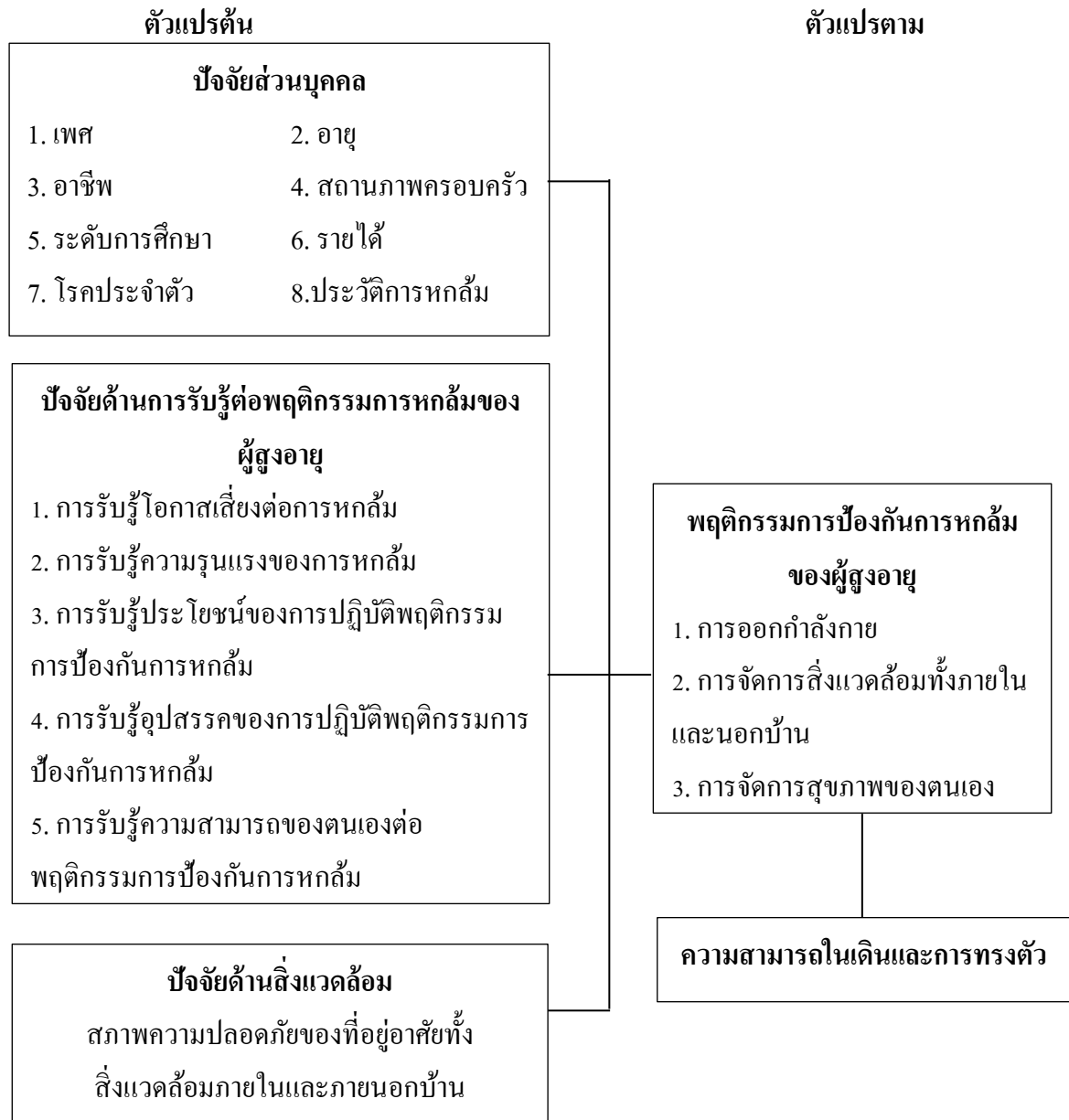
1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และความสามารถในการเดินและการทรงตัวของผู้สูงอายุอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยภายใน และภายนอกตัวบุคคล และประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ สำหรับองค์ประกอบของปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้ม



ของผู้สูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Analytical Study)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 20,221 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ซึ่งเป็นโปรแกรมมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์พลังของการทดสอบทางสถิติ วิเคราะห์ใช้รูปแบบ Linear Multiple Regression: Fixed model, deviation from zero ซึ่งเหมาะสำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระหลายตัวกับตัวแปรตาม โดยกำหนดพารามิเตอร์ดังนี้ effect size = 0.15, error prob. = 0.05, power (1-B error prob.) = 0.95 และ Number of predictors = 6 โดยค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 แม้จะไม่มีข้อมูลพารามิเตอร์จากการศึกษาก่อนหน้าในประชากรลักษณะเดียวกัน การกำหนดขนาดอิทธิพลที่เหมาะสมยังคงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็กเกินไปหรือมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง effect size = 0.15⁽⁹⁾ ค่าดังกล่าวสามารถสร้างสมดุลระหว่าง ความแม่นยำของผลลัพธ์ทางสถิติ กับความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล จากการคำนวณ พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 146 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการที่ข้อมูลอาจสูญหายไปครบถ้วน ผู้วิจัยจึงบวกเพิ่มอีกร้อยละ 10 จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 161 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
2. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการหกล้ม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ต่อพฤติกรรมการหกล้มของผู้สูงอายุ ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับรู้ทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มสร้างตามแนวความคิดของเบนคูรา⁽¹⁰⁾



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถามเรื่องสภาพความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินด้านสิ่งแวดล้อมและแบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและนอกบ้าน และการจัดการสุขภาพของตนเอง

ส่วนที่ 5 การประเมินความสามารถในการเดินและทรงตัว โดยใช้แบบประเมิน Timed Up and Go Test: TUAG เป็นการประเมินการทรงตัวในขณะที่เคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุดัดแปลงมาจากแบบทดสอบการก้าวเดิน⁽¹²⁾ ทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้และเดินในระยะ 3 เมตร หมุนตัวเดินกลับมานั่งเก้าอี้ เริ่มจับเวลาตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มลุกจากเก้าอี้จนถึงกลับมานั่งที่เดิม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) พบว่า แบบสอบถามการรับรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการหกล้มของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.67 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.67 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 1 จากนั้นได้แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามได้จากการทดสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบ (try out) กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ในเขตพื้นที่ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และนำข้อมูลจากการทดลองมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามการรับรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการหกล้มของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.85 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.71

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS for Windows) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้พฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้ม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้ม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) แบบขั้นตอน (Enter regression) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรที่ทำการศึกษา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี เลขที่จริยธรรมการวิจัย 0074/2567 ตั้งแต่วันที่ 16 ธันวาคม 2567-16 ธันวาคม 2568 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ และหลักความยุติธรรม

ผลการวิจัย

ข้อมูลของผู้สูงอายุ จำนวน 161 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.9 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 62.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 44.7 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 47.2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน $3,379.50 \pm 4,851.88$ บาท ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.4 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.7 รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 31.7 และผู้สูงอายุส่วนมากมีประวัติเคยหกล้มในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 59 ส่วนมากจำนวนครั้งในการล้มในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา คือ หกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 85.3 สถานที่ที่เกิดการหกล้ม คือ ภายในบริเวณบ้าน ร้อยละ 67.4 และสาเหตุที่ทำให้หกล้ม คือ การลื่นล้ม ร้อยละ 21.7 รองลงมา คือ เดินสะดุด ร้อยละ 14.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 161)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	63	39.1
หญิง	98	60.9
อายุ		
60-69 ปี	101	62.7
70-79 ปี	46	28.6
80 ปีขึ้นไป	14	8.7
Mean = 67.72, S.D. = 6.69, Min = 60, Max = 88		
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	78	48.4
เกษตรกร	28	17.4
ค้าขาย	18	11.2
ข้าราชการบำนาญ	15	9.3



ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพครอบครัว		
โสด	34	21.1
สมรส/คู่	72	44.7
หย่า	15	9.3
หม้าย	35	21.8
แยกกันอยู่	5	3.1
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	35	21.8
ประถมศึกษา	95	59.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	4.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	9	5.6
ปริญญาตรี	15	9.3
รายได้ (รวมจากทุกแหล่ง) เฉลี่ยต่อเดือน		
≤ 1,000 บาท	64	39.8
>1,000-5,000 บาท	76	47.2
>5,000-10,000 บาท	14	8.7
>10,000-15,000 บาท	1	0.6
>15,000 บาท	6	3.7
Mean = 3,379.50, S.D. = 4,851.88, Min = 600, Max = 35,000		
ประวัติการหกล้ม		
ไม่เคยหกล้มเลย	66	41.0
เคยหกล้ม	95	59.0

ระดับของการรับรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.44$, S.D. = 0.35) คิดเป็นร้อยละ 96.89 ระดับของสิ่งแวดล้อม เรื่องความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยทั้งภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 75.2

ระดับของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.08$, S.D. = 0.42) จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 82 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ด้านพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของตนเอง หากรู้สึกเวียนศีรษะจะหยุดทำกิจกรรมทันที ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.59), ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย หากผู้สูงอายุรู้สึกว่าการทรงตัวไม่ดี จะหยุดเคลื่อนไหว และหาที่ยึดเกาะที่มีความมั่นคง ($\bar{X} = 4.43$, S.D. = 0.72), และด้านพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุจะเลือกสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสม เช่น สวมกางเกง หรือผ้าถุงที่ไม่ยาวติดพื้น ($\bar{X} = 4.42$, S.D. = 0.61)



ความสามารถในการเดินและทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีความสามารถในการเดินและทรงตัว อยู่ในระดับดีใช้เวลาเดินเวลา < 20 วินาที ร้อยละ 82 และอยู่ในระดับปานกลางใช้เวลาเดินเวลา 20-30 วินาที ร้อยละ 18

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($\beta = 0.474$, $p\text{-value} = 0.000$), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ($\beta = 0.222$, $p\text{-value} = 0.001$) และรายได้ของผู้สูงอายุ ($\beta = 0.268$, $p\text{-value} = 0.006$) ในขณะที่ตัวแปรอื่นๆ เช่น เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และประวัติการหกล้ม ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($n = 161$)

ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	Sig	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients			Statistics	
	B	S.E.	Beta			Tolerance	VIF
ค่าคงที่	16.311	10.991		1.484	0.140		
เพศ (X_1)	1.016	1.187	0.056	0.855	0.394	0.933	1.072
อายุ (X_2)	0.081	0.106	0.061	0.762	0.447	0.631	1.586
อาชีพ (X_3)	-0.941	0.577	-0.146	-1.633	0.105	0.500	1.999
สถานภาพ (X_4)	-0.150	0.516	-0.019	-0.290	0.772	0.914	1.094
ระดับการศึกษา (X_5)	0.106	0.490	0.019	.216	0.829	0.499	2.005
รายได้ (X_6)	0.000	0.000	0.268	2.764	0.006	0.426	2.349
โรคประจำตัว (X_7)	1.399	1.508	0.072	.928	0.355	0.674	1.483
ประวัติการหกล้ม (X_8)	-1.261	1.235	-0.070	-1.021	0.309	0.849	1.178
การรับรู้ต่อพฤติกรรมการ หกล้ม (X_9)	0.477	0.070	0.474	6.821	0.000	0.832	1.201
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (X_{10})	1.221	0.364	0.222	3.355	0.001	0.917	1.091

$R = 0.631$ $R^2 = 0.398$ $F = 9.927$ $\text{Sig} = 0.000$ * $p\text{-value} < 0.05$

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับสูง โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการจัดการสุขภาพของตนเอง เช่น การหยุดกิจกรรมเมื่อรู้สึกเวียน และ ความสามารถในการเดินและการทรงตัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และยังพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในบ้าน



ส่วนใหญ่ยังไม่ปลอดภัย ถึงร้อยละ 75.2 อาศัยอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ($\beta = 0.474$), รายได้ ($\beta = 0.268$) และสิ่งแวดล้อมในบ้าน ($\beta = 0.222$) ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมได้ ร้อยละ 39.8 ($R^2 = 0.398$)

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้เพื่อเพิ่มการรับรู้ของผู้สูงอายุ การสนับสนุนวัสดุปรับปรุงบ้านเพื่อความปลอดภัย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยพิจารณาจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมและรายได้ร่วมด้วย ในเชิงนโยบายควรมีการประเมินผลกระทบระยะยาวของการแทรกแซงด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การติดตั้งราวจับหรือพื้นกันลื่นภายในบ้าน และควรดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแนวทางการแทรกแซงต่างๆ เช่น โปรแกรมสุขศึกษา การเยี่ยมบ้านเชิงรุก หรือการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเดิน เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมและยั่งยืนในบริบทของสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ประจำมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีรายได้ประจำ หรือมีรายได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศิธร ดันติเอกรัตน์ (2563)⁽¹³⁾ ที่ระบุว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่าจะมีแนวโน้มจะดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า เนื่องจากการมีรายได้ช่วยเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงอุปกรณ์หรือสิ่งจำเป็นในการป้องกันการหกล้ม เช่น จัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย หรือเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพได้มากขึ้น เป็นต้น

ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อพฤติกรรมการหกล้มของผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการรับรู้ความรุนแรงของผลลัพธ์จากการหกล้ม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker และ Janz (1984)⁽¹⁴⁾ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายว่า หากบุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม จะนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทา เขตเจริญ (2563)⁽¹⁵⁾, ฌัฐยา พวงทอง (2564)⁽⁶⁾ และสุภัทสร บุญกรับพวง (2565)⁽⁷⁾ ที่พบว่า การรับรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ



ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เช่น ความปลอดภัยของพื้นที่อยู่อาศัย การมีแสงสว่างเพียงพอ และการจัดวางสิ่งของอย่างเหมาะสม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ WHO (2021)⁽¹⁶⁾ ที่ชี้ว่า การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสามารถลดความเสี่ยงการหกล้มได้ถึงร้อยละ 39 ในกลุ่มผู้สูงอายุในต่างประเทศ เช่น งานวิจัยในสหรัฐอเมริกาโดย Phelan et al. (2022)⁽¹⁷⁾ พบว่า การแทรกแซงแบบผสมผสานที่รวมการประเมินสิ่งแวดล้อมกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ช่วยลดอุบัติเหตุการหกล้มลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุเปราะบาง งานวิจัยนี้สนับสนุนผลการศึกษาของเราที่ชี้ให้เห็นว่า การประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้าน ควบคู่กับการเพิ่มการรับรู้และการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันหกล้มอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หน่วยงานสาธารณสุข ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมสุขภาพศึกษาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ของผู้สูงอายุ
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรสนับสนุนงบประมาณหรือวัสดุอุปกรณ์ในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านผู้สูงอายุ เช่น ราวจับ พื้นกันลื่น หรือแสงสว่างที่เพียงพอ โดยเฉพาะในบ้านผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม ด้วยการประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อมร่วมกับระดับการรับรู้ และวางแผนการเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดยเน้นผู้ที่มีรายได้น้อยหรืออยู่บ้านเพียงลำพัง
4. การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรกล่าวถึง ได้แก่ เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (cross-sectional) ซึ่งไม่สามารถสรุปเหตุและผลได้อย่างแน่นอน รวมถึงการเก็บข้อมูลในพื้นที่เดียวคือ อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งอาจมีบริบทชุมชนที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น เช่น เมืองใหญ่หรือพื้นที่ชายแดน ทำให้ความสามารถในการประยุกต์ใช้ผลการศึกษา (generalizability) ไปยังประชากรกลุ่มอื่นต้องใช้ความระมัดระวัง เช่น อาจไม่สะท้อนถึงกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีรูปแบบครัวเรือนต่างกัน หรือกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ ที่มีวิถีชีวิตแตกต่างกันอย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุในอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล รวมถึงคณาจารย์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความเมตตา ช่วยเหลือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1696238995-2521_0.pdf
2. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Aug 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การป้องกันพลัดตกหกล้ม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23843>
4. Department of Older Persons. (2022). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2564. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. <https://www.dop.go.th>
5. Sattayaraksa, P., & Khumcha, P. (2023). ความชุกของการหกล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; 17(3): 432–445. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/259108>
6. ณัฐชยา พวงทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
7. สุภัสสร บุญกรับพวง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์]. อุตรดิตถ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์; 2565.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://skn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007; 39(2): 175-91.
10. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
11. กรมอนามัย. (2563). แบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ [ไฟล์ PDF]. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. เข้าถึงได้จาก: <https://env.anamai.moph.go.th>



12. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991; 39(2): 142-8.
13. ศศิธร ตันติเอกรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดบุรีรัมย์โดยใช้ทฤษฎี Precede Framework. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ 2563; 15(1): 59-73.
14. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A Decade Later. Health Educ Q 1984; 11(1): 1-47.
15. นันทชา เขตเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563; 5(2).
16. World Health Organization. (2021). Step safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034913>
17. Phelan, E. A., Mahoney, J. E., Voit, J. C., & Stevens, J. A. (2022). Assessment and management of fall risk in primary care settings. JAMA Internal Medicine, 182(1), 7–16. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.5654>



ผลการบริหารทางเภสัชกรรมโดยใช้เภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

RESULTS OF PHARMACEUTICAL CARE WITH TELEPHARMACY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: PHOPRATHAPCHANG HOSPITAL, PHICHIT PROVINCE

Received: May 06, 2025

Revised: July 23, 2025

Accepted: August 05, 2025

จันทิwa บัวจันทร์

Juntiwa Buajun

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) ระดับพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) เปรียบเทียบความรู้และความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรมโดยใช้เภสัชกรรมทางไกล ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดรับประทาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีค่า HbA1c > 7% จำนวน 34 คน ทำการติดตามการใช้ยาด้วยโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในเดือนที่ 1 และ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการวิจัยด้วยสถิติ paired sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่า HbA1c และ FPG ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.022 และ < 0.001 ตามลำดับ) ซึ่ง HbA1c(%) ลดลงจาก 9.05 ± 1.49 เป็น 8.47 ± 1.17 และ FPG ลดลงจาก 190.97 ± 48.46 เป็น 152.06 ± 20.41 มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 9.15 ± 2.12 เป็น 12.59 ± 1.33 และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 73.38 ± 10.54 เป็น 84.27 ± 6.31 (p-value < 0.001)

ดังนั้น ในกรณีผู้ป่วยเบาหวานหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ยังไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ การนำแนวทางการดูแลไปประยุกต์ใช้อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, การบริหารทางเภสัชกรรม, เภสัชกรรมทางไกล



Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare clinical outcomes, including hemoglobin A1c (HbA1c), fasting plasma glucose (FPG), diabetes-related knowledge, and medication adherence before and after pharmaceutical care delivered via telepharmacy in patients with type 2 diabetes receiving oral antidiabetic drugs. The study was conducted at the outpatient department of Phopraphapchang Hospital from September 1, 2024, to April 30, 2025. The participants were 34 patients aged 20 years or older with HbA1c > 7%. Medication use was followed up via telephone twice, in the first and fourth months. Data were analyzed using a paired sample t-test to compare clinical outcomes, knowledge, and medication adherence before and after the intervention.

The results showed statistically significant reductions in both HbA1c and FPG (p-value = 0.022 and < 0.001, respectively). Mean HbA1c (%) decreased from 9.05 ± 1.49 to 8.47 ± 1.17 , and mean FPG (mg/dL) decreased from 190.97 ± 48.46 to 152.06 ± 20.41 . The diabetes knowledge score increased from 9.15 ± 2.12 to 12.59 ± 1.33 , and medication adherence improved from 73.38 ± 10.54 to 84.27 ± 6.31 (p-value < 0.001).

Therefore, for patients with diabetes or other chronic diseases who have not yet achieved target disease control, implementing this approach may help improve clinical outcomes.

Keywords: Diabetes Mellitus, pharmaceutical care, telepharmacy



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communication Disease, NCDs) ที่พบบ่อยและเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศทั่วโลก จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2562-2563 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.68 และพบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2566 เป็นอัตรา 22.0 ต่อประชากร 100,000 คน⁽¹⁾ จากข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ของจังหวัดพิจิตร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-พ.ศ. 2567 พบอัตราป่วย 647.99, 620.38, 728.03 และ 783.21 รายต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2567 เป็นอัตรา 1.83 ต่อประชากร 100,000 คน⁽²⁾ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดประสงค์และเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา การสร้างทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับเป้าหมาย

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการสื่อสาร และการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)⁽³⁾ เภสัชกรสามารถให้การบริบาลทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลไปยังผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง สอดรับกับนโยบายการบริหารงานกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ด้วยแนวนโยบาย “สุขภาพคนไทยเพื่อสุขภาพประเทศไทย” ซึ่งมีการมุ่งเน้นประเด็นการผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล

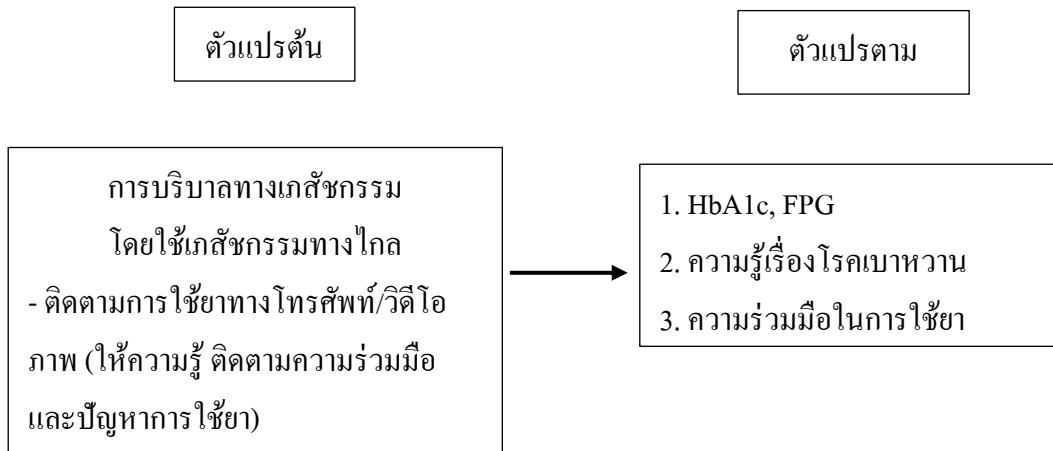
โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีผู้ป่วยมารับบริการคลินิกเบาหวานปี พ.ศ. 2566 จำนวน 1,408 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย มีค่า Hemoglobin A1c (HbA1c) > 7% ซึ่งพบมากถึง 789 คน (ร้อยละ 56.04) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำกระบวนการบริการเภสัชกรรมทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความร่วมมือในการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และระดับพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยใช้เภสัชกรรมทางไกล



กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดรับประทาน และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2568 จำนวน 35 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ใช้ยาชนิดรับประทาน และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก กรณีมีโรคร่วม ต้องไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดออก
2. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) > 7% จากผลการตรวจวัดไม่เกิน 6 เดือนที่ผ่านมา
4. มีโทรศัพท์เคลื่อนที่หรือสมาร์ทโฟน เพื่อใช้สื่อสารกับเภสัชกรโดยตรง
5. ผู้ป่วยที่สามารถดูแลการรับประทานยาได้ด้วยตนเอง
6. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b ขึ้นไป (eGFR < 45 mg/dL)
2. ผู้ที่มีปัญหาาระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ > 3 ครั้งต่อสัปดาห์
3. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่รุนแรง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือความจำ



4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารหรือตอบคำถามเรื่องการไข้ยาของตนเองได้
5. ผู้ที่กำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
6. ผู้ป่วยที่แพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษาไปใช้ยาในรูปแบบฉีด
7. ผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษาหรือขอลอนตัวระหว่างการศึกษ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน⁽⁴⁾

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

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1) \sigma_1^2 + (n_2 - 1) \sigma_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

พารามิเตอร์ที่นำมาใช้อ้างอิงจากการศึกษาของ อรุณวรรณ ต่อกร⁽⁵⁾ ทำการศึกษาในผู้ป่วย 37 ราย ก่อนการศึกษามีค่า HbA1c 11.04 ± 2.08 และหลังการศึกษามีค่า HbA1c 10.11 ± 1.77 ผู้วิจัยเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 สำหรับกรณีกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาระหว่างการเก็บข้อมูล รวมเป็น 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและผลการรักษา: เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วม จำนวนรายการยา ปัญหาจากการไข้ยา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการไข้ยา จำนวน 15 ข้อ ดัดแปลงจากการศึกษาของ อรุณวรรณ ต่อกร⁽⁵⁾ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ = 0 คะแนน โดยจัดระดับการให้คะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom⁽⁶⁾

ร้อยละของคะแนน 80-100 (≥ 12 คะแนน)	มีความรู้ในระดับสูง
ร้อยละของคะแนน 60-79 (9-11.85 คะแนน)	มีความรู้ในระดับปานกลาง
ร้อยละของคะแนน 0-59 (0-8.85 คะแนน)	มีความรู้ในระดับต่ำ

2. การประเมินความร่วมมือในการไข้ยา

2.1 ใช้วิธีการนับเม็ดยา โดยใช้สูตรการคำนวณ จากการศึกษาของอมรรัตน์ รักนิม และคณะ⁽⁷⁾

$$\text{ความร่วมมือในการไข้ยา} = \frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่ได้รับ} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}) \times 100}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ควรรับประทานตามคำสั่ง}}$$

จำนวนเม็ดยาที่ควรรับประทานตามคำสั่ง



หากผู้ป่วยใช้ยามากกว่า 1 ชนิด จะคำนวณความร่วมมือการใช้ยาแต่ละชนิด แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

2.2 แบบประเมินความร่วมมือการใช้ยา โดยใช้แบบวัด Morisky 8 ข้อ (8-item Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8)⁽⁸⁾ ประกอบด้วย คำถาม 8 ข้อ มีข้อคำถามทางบวก คือ ข้อ 5 และข้อคำถามทางลบ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4 และ 7 ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนน

สำหรับข้อคำถามทางบวก ตอบ ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0

สำหรับข้อคำถามทางลบ ตอบ ใช่ = 0 ไม่ใช่ = 1

สำหรับข้อคำถามที่ 8 ตอบ ไม่เคยเลย = 1

หากเลือกตอบ นานๆ ครั้ง/บางครั้ง/เกือบทุกครั้ง/ประจำทุกครั้ง = 0

โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

8 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือการใช้ยาระดับสูง

6-7 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือการใช้ยาระดับปานกลาง

ต่ำกว่า 6 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือการใช้ยาระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence:IOC) เท่ากับ 0.93 และมีค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหา โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา โดยทำการเก็บข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 0) : เก็บข้อมูลก่อนการศึกษา

- ข้อมูลทั่วไป
- บันทึกผลตรวจ HbA1c และ ค่า FPG
- ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (นับเม็ดยาและแบบประเมิน MMAS-8)
- ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ให้คำแนะนำและแนวทางแก้ไข

ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 1) : ติดตามการใช้ยาทางไกลครั้งที่ 1

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนและการใช้ยา
- ติดตามความร่วมมือการใช้ยา (แบบประเมิน MMAS-8)
- ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ติดตามผลการแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบเฉพาะราย



ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) : ติดตามการใช้ยาทางไกลครั้งที่ 2

- ทบทวน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนและการใช้ยา
- ติดตามความร่วมมือการใช้ยา (แบบประเมิน MMAS-8)
- ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ติดตามผลการแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่พบเฉพาะราย

ครั้งที่ 4 (เดือนที่ 5-6) : เก็บข้อมูลหลังการศึกษา

- บันทึกผลตรวจ HbA1c และ ค่า FPG
- ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (นับเม็ดยาและแบบประเมิน MMAS-8)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษา (HbA1c และ FPG) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความร่วมมือในการใช้ยา ก่อน-หลังการวิจัยด้วยสถิติ paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการ 24/2567 ลงวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 คน ระหว่างการวิจัยมีผู้ป่วยออกจากการศึกษาวิจัย 1 คน เนื่องจากแพทย์ปรับเพิ่มการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน หลังเสร็จสิ้นงานวิจัยมีกลุ่มตัวอย่าง 34 คน

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.7 มีอายุเฉลี่ย 54.26 ± 8.78 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.9 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 47.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.1 มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (รวมโรคเบาหวาน) ร้อยละ 52.9 จำนวนรายการยาที่ได้รับเฉลี่ย 4.79 รายการ (ต่ำสุด 2 รายการ สูงสุด 8 รายการ) ไม่มีการใช้สมุนไพร/อาหารเสริมร่วมกับการรักษา ร้อยละ 76.5 และผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 76.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 34)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	35.3
หญิง	22	64.7



ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 50	10	29.4
50 - 64	19	55.9
≥ 65	5	14.7
อายุ (ปี)(ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	54.26 $\pm$ 8.78	
สถานภาพสมรส		
โสด	11	32.4
สมรส	18	52.9
หม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง	5	14.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	26.5
ประถมศึกษา	16	47.1
มัธยมศึกษา	5	14.6
อนุปริญญา	4	11.8
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	4	11.8
รับจ้าง	8	23.5
ค้าขาย	6	17.6
เกษตรกรรม	15	44.1
รับราชการ/พนักงานบริษัท	1	2.9
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	1	2.9
มี 1 โรค	15	44.1
มี 2 โรค	18	52.9
จำนวนรายการยาที่ใช้ (รายการ)(ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4.79 $\pm$ 1.53	
การใช้สมุนไพร/อาหารเสริม		
ไม่ใช้	26	76.5
ใช้	8	23.5
การออกกำลังกาย		
ไม่ได้ออกกำลังกาย	26	76.5
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	8	23.5



เมื่อสิ้นสุดการศึกษา เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ค่า HbA1c และ FPG ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง HbA1c(%) ลดลงจาก 9.05 ± 1.49 เป็น 8.47 ± 1.17 และ FPG ลดลงจาก 190.97 ± 48.46 เป็น 152.06 ± 20.41 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิก (n = 34)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการศึกษา (ค่าเฉลี่ย±S.D.)	หลังการศึกษา (ค่าเฉลี่ย±S.D.)	Mean difference	t	95% CI	p-value
HbA1c (%)	9.05±1.49	8.47±1.17	0.58	2.4	0.09-1.09	0.022
FPG (mg/dl)	190.97±48.46	152.06±20.41	38.91	6.4	26.53-51.29	<0.001

ก่อนการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.7 หลังการศึกษาผู้ป่วยมีความรู้ในระดับสูง มากถึงร้อยละ 76.5 ดังตารางที่ 3 สำหรับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความร่วมมือในการใช้ยา (ทั้งการประเมินแบบนับเม็ดยาและการประเมินด้วยแบบสอบถาม MMAS-8) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังการศึกษา

ระดับความรู้	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	9	26.5	0	0
ระดับปานกลาง	22	64.7	8	23.5
ระดับสูง	3	8.8	26	76.5

ตารางที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความร่วมมือในการใช้ยา

	ก่อนการศึกษา (ค่าเฉลี่ย±S.D.)	หลังการศึกษา (ค่าเฉลี่ย±S.D.)	Mean difference	t	95% CI	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	9.15±2.12	12.59±1.33	3.44	9.53	2.71-4.18	<0.001
ความร่วมมือในการใช้ยา: นับเม็ด	73.38±10.54	84.27±6.31	10.89	11.26	8.93-12.86	<0.001
ความร่วมมือในการใช้ยา: MMAS-8	5.15±1.23	7.03±0.72	1.88	15.06	1.63-2.14	<0.001



จากการศึกษาพบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาจำนวน 52 ครั้ง สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เกิดจากมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 18 ครั้ง ร้อยละ 34.61 กินยาไม่ตรงเวลา/ไม่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร 15 ครั้ง ร้อยละ 28.85 กินยาไม่ถูก 12 ครั้ง ร้อยละ 23.08 และหยุด/ปรับลดขนาดยาเพราะกลัวไตเสื่อม 7 ครั้ง ร้อยละ 13.46 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ลักษณะปัญหา	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
หยุด/ปรับลดขนาดยาเนื่องจากอาการข้างเคียง	18	34.61
กินยาไม่ตรงเวลา/ไม่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร	15	28.85
กินยาไม่ถูก (ไม่อ่านฉลาก, ลืมกินยา)	12	23.08
หยุด/ปรับลดขนาดยา เพราะกลัวไตเสื่อม	7	13.46

สรุปผลการวิจัย

การบริหารทางเภสัชกรรมโดยใช้เภสัชกรรมทางไกลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผลลัพธ์ทางคลินิก ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

หลังการศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมโดยใช้เภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่า HbA1c และ FPG ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการติดตามทบทวนความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ รักนิม และคณะ⁽⁷⁾ ซึ่งทำการศึกษาผลการให้ความรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์โดยเภสัชกรผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงมีระดับ FPG และ HbA1c น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับกนกพรหม นิกรเพสย์ และสุรชาติพิทย์ พิชญ์ไพบุลย์⁽⁹⁾ ศึกษาผลการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยกลุ่มอาการเมแทบอลิก พบว่า เมื่อสิ้นสุดการศึกษากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พุทธิดา โภคภิรมย์ และกรกมล รุกขพันธ์⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นร่วมกับการให้ความรู้และการติดตามทางโทรศัพท์โดยเภสัชกร พบว่าหลังการศึกษา FPG ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังพบงานวิจัยในต่างประเทศที่มีการใช้รูปแบบการบริการเภสัชกรรมทางไกลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จากงานวิจัยของ Lee และคณะ⁽¹¹⁾



ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องนาน 6 เดือน พบว่า เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงจำนวน 39 คน มีค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.04$) และการศึกษาของ Zhang และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาผลการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานผ่านแอปพลิเคชัน พบว่า ในกลุ่มที่มีการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานผ่านแอปพลิเคชันร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันเพียงอย่างเดียว ซึ่งมีค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.04$) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น อาจเนื่องจากการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์จะทำให้เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาและแนะนำแนวทางแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วยได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังสามารถติดต่อกับเภสัชกรได้เมื่อมีปัญหาโดยไม่จำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ในทันที จะเห็นได้ว่าการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ หรือโปรแกรมต่างๆ ของเทคโนโลยีสารสนเทศในการให้ความรู้และการติดตามผลการรักษา ให้ผลลัพธ์ในการดูแลโรคเบาหวานได้ดีกว่าวิธีปกติ⁽¹³⁾

ด้านคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความร่วมมือในการใช้ยา จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีตดา ไชยมล, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต และวรุณ แสงเจริญ⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลของการให้ความรู้โดยเภสัชกรในผู้ป่วยเบาหวานต่อความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจะทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยหยุดยาหรือปรับขนาดยา เนื่องจากอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ร้อยละ 34.61 กินยาไม่ตรงเวลา/ไม่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร ร้อยละ 28.85 สอดคล้องกับ ลัดดาวัลย์ ปรานนอก⁽¹⁵⁾ พบว่า ปัญหาจากการใช้ยาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง และเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 28.57 และร้อยละ 25 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์ และคณะ⁽¹⁶⁾ พบปัญหาลืมรับประทานยา ร้อยละ 57.80 และวิกานดา เวชอุบล, พลอยกาญจน์ เกียรติวัฒน์ และทศดา ศรีบุญเรือง⁽¹⁷⁾ พบว่า ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ หยุดยาเอง ลืมกินยาและปรับขนาดยาเอง

สำหรับการแก้ไขปัญหาคความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ใช้กระบวนการให้คำแนะนำและเสนอแนวทางแก้ไขปัญหให้กับผู้ป่วย เช่น การจัดเวลารับประทานยาให้สัมพันธ์กับมื้ออาหาร การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมและ



มีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น มีผู้ป่วยเพียง 3 ราย ที่เภสัชกรจำเป็นต้องแนะนำให้กลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ในกรณีผู้ป่วยเบาหวานหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ยังไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ การนำแนวทางการดูแลจากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมในงานวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนเสร็จสิ้นการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2566; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/02/รายงานสถิติสาธารณสุข-ประจำปี2566_V2.pdf
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. [อินเทอร์เน็ต]. พิจิตร: รายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/pct/public/>
3. สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรมที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม; 2563.
4. สุพิมพ์ ศรีพันธุ์รสกุล, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. หน่วยที่ 13 การใช้สถิติเพื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลมากกว่าสองกลุ่ม. ใน: วารงคณา ผลประเสริฐม, บรรณาธิการ. สถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช; 2559. หน้า 1-71.
5. อรุณวรรณ ต่อกร. ผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โรงพยาบาลโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2565; 3(2): 108-16.
6. Bloom S. Human characteristics and school leaning. New York: McGraw-Hill; 1976.
7. อมรรัตน์ รักนิม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรณัฐ แสงเจริญ. ผลของการให้ความรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์โดยเภสัชกรผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2565; 18(2): 14-28.



8. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens* 2008; 10(5): 348-54.
9. กนกพรรณ นิกรเพสย์, สุชาติพิย์ พิษณุไพบูลย์. ผลการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยกลุ่มอาการเมแทบอลิก. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2561; 10: 449-61.
10. พุทธิศา โกศกัธย, กรกมล รุกขพันธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นร่วมกับการให้ความรู้และการติดตามทางโทรศัพท์โดยเภสัชกร ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2562; 12(4): 984-96.
11. Lee DY, Yoo SH, Min KP, Park CY. Effect of voluntary participation on mobile health care in diabetes management: randomized controlled open-label trial. *JMIR Mhealth and Uhealth* 2020; 8(9): e19153.
12. Zhang L, He X, Shen Y, Yu H, Pan J, Zhu W, et al. Effectiveness of smartphone app-based interactive management on glycemic control in Chinese patients with poorly controlled diabetes: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2019; 21(12): e15401.
13. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
14. ปิรติศา ไชยมล, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรณัฐ แสงเจริญ. ผลของการให้ความรู้โดยเภสัชกรร่วมกับการใช้ภาพถ่ายแสดงวิธีการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2560; 9(2): 476-88.
15. ลัดดาวัลย์ ปราบนอก. ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ในเขตอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ* 2563; 1(1): 126-33.
16. วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรดี ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย, ฉัตรวารินทร์ บุญเดช. ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี* 2566; 13(2): 48-63.
17. วิกานดา เวชอุบล, พลอยกาญจน์ เกียรติวัฒน์, ทัดดา ศรีบุญเรือง. ผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมต่อปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2564; 13(1): 127-42.



อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึก ในการตรวจกล่องเสียงโดยตรงและผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

INCIDENCE AND RISK FACTORS ASSOCIATED COMPLICATIONS IN PATIENTS UNDER GENERAL ANESTHESIA FOR LARYNGEAL EXAMINATION AND MICROLARYNGEAL LASER SURGERY AT SRINAGARIND HOSPITAL

Received: June 03, 2025

Revised: July 20, 2025

Accepted: August 05, 2025

อุษณี ศรีกงพาน¹, กชกร พลชีวะ^{1*},

กัทธิดา เกษมศิริ², กุณริสา บุญวรวัฒนา¹, ลักษณาวดี ชัยรัตน์¹

Ussanee Srikongphan¹, Kotchakorn Palachewa^{1*},

Cattleya Kasemsiri², Kunrisa Bunworawatthana¹, Laksanawadee Chairatana¹

บทคัดย่อ

การให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดกล่องเสียงผ่านกล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 294 ราย ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 ใช้สถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.34 โดยอายุเฉลี่ย 31.65 ± 21.85 โรคที่พบบ่อยคือ เนื้องอกเป็ปปิดโลมาของกล่องเสียง การเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมสูงถึง ร้อยละ 78.57 ส่วนใหญ่คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.21 รองลงมาคือ ภาวะหัวใจเต้นเร็ว ร้อยละ 36.50 และการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ร้อยละ 9.20 ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งสามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ คือ อายุของผู้ป่วย

จากอุบัติการณ์ วิทยาลัยพยาบาลต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และพัฒนาแนวทางการดูแลและแบบประเมินความเสี่ยงเฉพาะทาง เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การผ่าตัดกล่องเสียง, ภาวะแทรกซ้อน, การให้ยาระงับความรู้สึก, ปัจจัยเสี่ยง

¹ งานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

Nurse Anesthetist division, Srinagarind Hospital

² สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

*Corresponding author E-mail: khopal@kku.ac.th



Abstract

Anesthesia for microlaryngeal surgery with laser application carries a high risk of complications. This cross-sectional study aimed to investigate the incidence of and factors associated with these complications. Data were collected from 294 patients at Srinagarind Hospital between October 1, 2021, and September 30, 2023. Descriptive and inferential statistics were used for data analysis.

The results revealed that 50.34% of the patients were male, with a mean age of 31.65 ± 21.85 years. The most common diagnosis was laryngeal papilloma. The overall incidence of complications was high at 78.57%. The most frequent complications were hypertension (44.21%), followed by tachycardia (36.50%) and hypercapnia (9.20%). No mortality was reported. Patient age was found to be significantly associated with all three complications ($p\text{-value} < 0.001$).

Given the high incidence of complications, nurse anesthetists must closely monitor patients and develop specific care guidelines and risk assessment tools to enhance patient safety and reduce the likelihood of adverse events.

Keywords: Laryngeal Surgery, Complications, Anesthesia, Risk Factors



บทนำ

กล่องเสียง (Larynx) ทำหน้าที่สันสะเทือนเพื่อสร้างเสียง มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันทางเดินหายใจ การออกเสียง การหายใจ และการกลืน⁽¹⁾ เมื่อมีรอยโรคที่กล่องเสียง เช่น โรคตีบแคบของกล่องเสียง (Laryngeal stenosis) โรคอ่อนนุ่มของกล่องเสียง (Laryngomalacia) การอัมพาตของสายเสียงจริงทั้งสองข้าง (Bilateral true vocal cord paralysis) โรคตีบแคบบริเวณใต้สายเสียงที่ไม่ได้เป็นแต่กำเนิด (Acquired subglottic stenosis) เนื้องอกแบบปิดโลมาที่เกิดขึ้นกลับซ้ำซากของกล่องเสียง (Recurrent laryngeal papillomatosis) ปุ่มเนื้องอกของสายเสียง (Vocal nodules) โรคติ่งเนื้อของสายเสียง (Vocal polyps) โรคมะเร็งของกล่องเสียงและฝาปิดกล่องเสียง (Malignant tumor of larynx and epiglottis) เป็นต้น สามารถผ่าตัดรอยโรคของกล่องเสียงด้วยแสงเลเซอร์คาร์บอนไดออกไซด์เลเซอร์ (CO₂ laser) เป็นเลเซอร์ที่นิยมใช้กันมากที่สุดในการผ่าตัดกล่องเสียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำผ่าตัดผ่านกล้องจุลทรรศน์⁽²⁾ การผ่าตัดดังกล่าวอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างให้การระงับความรู้สึก เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) การได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (Hypoxia) การกั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (Hypercarbia) การเกิดไฟไหม้ในทางเดินหายใจ (Airway fire) ภาวะลมรั่วในช่องอก (Pneumothorax) และภาวะกล่องเสียงหดเกร็ง (laryngospasm)⁽³⁻⁶⁾ ซึ่งจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การผ่าตัดไม่ราบรื่น และอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิ มีแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณกล่องเสียงจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการตรวจกล่องเสียงโดยตรงและผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ มีการระงับความรู้สึกสำหรับการตรวจ การผ่าตัด และการใช้เลเซอร์ร่วมในการรักษา จากสถิติผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2561-2563 พบผู้ป่วยมารับบริการ จำนวน 87,351 และ 199 ราย⁽⁷⁾ ตามลำดับ อีกทั้งการระงับความรู้สึกต้องมีการประสานงานกับสัลยแพทย์ถึงเทคนิคพิเศษ และเครื่องมือที่ใช้ในการระงับความรู้สึก ดังนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคและเครื่องมือพิเศษในการระงับความรู้สึกสำหรับการตรวจและผ่าตัดดังกล่าว รวมทั้งต้องมีการปรึกษาและวางแผนร่วมกับสัลยแพทย์ถึงขั้นตอนในการตรวจ การผ่าตัด และวิธีการควบคุมการหายใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

จากอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจกล่องเสียงโดยตรงและผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า พ.ศ. 2561 มีอุบัติการณ์ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดต่ำ (Desaturation) จากมี หูด (Papilloma) อุดตันทางเดินหายใจหลังจากนำสลบผู้ป่วย พบว่า ไม่สามารถช่วยหายใจผู้ป่วยได้ สัลยแพทย์หูด จมูก จีงเจาะคอ (Tracheostomy) ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ พ.ศ. 2562 มีอุบัติการณ์ใส่ท่อหายใจซ้ำ หลังจากได้ถอดท่อหายใจไปแล้ว เหตุเกิดที่ห้องพักฟื้น หลังผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดแล้วมีการหายใจเสียงดัง (Stridor)⁽⁸⁾



จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกการตรวจกล้องเสียงโดยตรงและผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติ และจัดทำเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงเฉพาะทางให้ผู้ป่วยปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการตรวจกล้องเสียงโดยตรงและผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการตรวจกล้องเสียงโดยตรงและผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ ระดับ ASA classification โรคประจำตัว และเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งอาจส่งผลต่อ ตัวแปรตาม คือ อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดและภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ได้แก่ Hypertension, Tachycardia และ Hypercarbia

ระเบียบวิธีวิจัย

ในการวิจัยเรื่อง อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการตรวจกล้องเสียงโดยตรงและผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการตรวจกล้องเสียงโดยตรงและผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ (เฉพาะ elective) และเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่เข้ารับการผ่าตัด ตามแบบเก็บข้อมูลที่ออกแบบไว้ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 โดยเกณฑ์การคัดออกคือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ข้อมูลไม่ครบถ้วน และผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัดเลเซอร์ที่กล้องเสียง ได้แก่ ปาก หลอดลม เป็นต้น เหลือข้อมูล



ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการตรวจกล้องเสียง โดยทางตรงและผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ (เฉพาะ elective) จำนวน 294 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการตรวจกล้องเสียง โดยทางตรงและผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ แบบเก็บข้อมูลได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิสัญญี ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาล 2 ท่าน ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป** ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ASA classifications, Airway examination, Diagnosis การมีโรคประจำตัวและข้อพิจารณาทางวิสัญญี ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ได้มาจากแบบลงข้อมูลก่อนระงับความรู้สึก (Pre anesthetic record) **ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด** ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำจากหอผู้ป่วย **ส่วนที่ 3 แบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับด้านงานวิสัญญี** ได้แก่ เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก อุปกรณ์ที่ใช้ช่วยหายใจระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ชนิดของท่อหายใจระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ข้อมูลส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ได้จากแบบบันทึกการระงับความรู้สึก (Anesthetic record) **ส่วนที่ 4 แบบเก็บข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน** ได้แก่ ประกอบด้วย desaturation, hypertension, tachycardia, arrhythmia, pneumothorax, barotrauma, gastric dilatation, aspiration, airway fire, awareness และอื่นๆ ข้อมูลได้จากแบบบันทึกหลังให้การระงับความรู้สึก (Post anesthetic record), progress note แบบบันทึกทางพยาบาล (Nurse note) และสมุดรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงาน โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วย ทุกช่วงอายุ และทำการผ่าตัดเลเซอร์ที่กล้องเสียง ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึก และเก็บข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ได้แก่ SpO_2 ต่ำกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ hypercarbia ($ETCO_2$ มากกว่า 45 mmHg), hypertension (systolic blood pressure มากกว่า 140 mmHg)⁽⁹⁾, tachycardia แยกตามอายุ ได้แก่ อายุ น้อยกว่า 1 ปี อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 160 ครั้ง/นาที อายุ 1-2 ปี อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 150 ครั้ง/นาที อายุ 2-5 ปี อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 140 ครั้ง/นาที อายุ 5-12 ปี อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 120 ครั้ง/นาที อายุมากกว่า 12 ขึ้นไป อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที bradycardia แยกตามอายุ ได้แก่ อายุ น้อยกว่า 1 ปี อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 110 ครั้ง/นาที อายุ 1-2 ปี อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที อายุ 2-5 ปี อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 95 ครั้ง/นาที อายุ 5-12 ปี อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 80 ครั้ง/นาที อายุมากกว่า 12 ขึ้นไป อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที⁽¹⁰⁾ arrhythmia, pneumothorax, airway fire และอื่นๆ



สถิติที่ใช้วิเคราะห์

1. สถิติพรรณนา อธิบายจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของช่วงอายุ อธิบายจำนวน และร้อยละ ของเพศ โรคประจำตัว ASA classifications, airway examination, diagnosis การมีโรคประจำตัวและข้อพิจารณาทางวิสัญญี การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำจากหอผู้ป่วย เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก วิธีการช่วยหายใจระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ชนิดของท่อช่วยหายใจระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ยาหย่อนกล้ามเนื้อ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

2. สถิติอนุมาน ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนกับปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้ Chi-square test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม ภายใต้สมมติฐานว่า ค่าความถี่ที่คาดหวัง (expected frequency) ในแต่ละช่องควรมากกว่า 5 อย่างน้อย 80% ของช่อง หากไม่เป็นไปตามสมมติฐานดังกล่าวใช้ Fisher's exact test แทน สำหรับตัวแปรเชิงต่อเนื่องใช้ Independent t-test เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และใช้ Mann-Whitney U test เมื่อข้อมูลไม่เป็นการแจกแจงปกติ จากนั้นใช้ สถิติ Logistic regression เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อน โดยรายงานค่า Odds ratio (OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional study) ผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ (HE671079) รับรองวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการตรวจกล้องส่องโดยทางตรง และผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ (เฉพาะ elective) ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่เข้ารับ การผ่าตัด วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เวชระเบียน ผู้ป่วยที่ข้อมูลไม่ครบถ้วน และผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัดเลเซอร์ที่กล้องส่องได้แก่ ปาก หลอดลม เป็นต้น

ผลการวิจัย

มีผู้ป่วยทั้งหมด 294 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 148 ราย ร้อยละ 50.34 อายุ ณ วันที่ ผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ย 31.65 ± 21.85 ปี ค่ามัธยฐาน 31 ปี อายุน้อยที่สุด 0.13 ปี มากที่สุด 77 ปี ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มี ASA Class II จำนวน 177 ราย ร้อยละ 60.20 การตรวจ airway examination ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ทางเดินหายใจปกติ พบว่า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวและข้อพิจารณาทางวิสัญญี จำนวน 194 ราย ร้อยละ 65.99 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 294)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	148	50.34
หญิง	146	49.66
2. อายุ ณ วันที่ผู้ป่วยมารับบริการ		
อายุเฉลี่ย (ปี) $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	31.65 $\pm$ 21.85	
Median (min, max)	31 (0.13, 77)	
3. ASA Classification*		
Class I	100	34.01
Class II	177	60.20
Class III	17	5.78
4. Airway examination		
หายใจทางจมูก	198	67.35
Silver tracheostomy tube	89	30.27
Shiley tracheostomy tube	2	0.68
Portex tracheostomy tube	1	0.34
Endotracheal tube	1	0.34
Montgomery T-tube	1	0.34
Silver tracheostomy tube ปัก endotracheal tube	1	0.34
Stoma	1	0.34
5. การมีโรคประจำตัวและข้อพิจารณาทางวิสัญญี		
ไม่มี	100	34.01
มี	194	65.99

*American Society of Anesthesiologists

โรคที่พบบมากที่สุด คือ laryngeal papillomatosis จำนวน 171 ราย ร้อยละ 58.16 รองลงมา คือ subglottic stenosis จำนวน 32 ราย ร้อยละ 10.88 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยของผู้ป่วย (n = 294)

Diagnosis	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Laryngeal papillomatosis	171	58.16
Subglottic stenosis	32	10.88
Glottic stenosis	21	7.14
Vocal cyst	21	7.14
Vocal mass	16	5.44
Vocal polyp	11	3.74
Supraglottic stenosis	7	2.38



Diagnosis	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Laryngeal mass	4	1.36
Vocal cord paralysis	4	1.36
Leukoplakia of vocal cords	3	1.02
อื่น ๆ	4	1.36

ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ส่วนมากใช้เวลามากกว่า 1 ชั่วโมง จำนวน 173 ราย ร้อยละ 58.84 ชนิดการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็น DL-ML รองลงมาเป็น DL-ML-bronchodilate โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำจากท่อผู้ป่วย จำนวน 279 ราย ร้อยละ 94.90 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลการผ่าตัด (n = 294)

ข้อมูลการผ่าตัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง	121	41.16
มากกว่า 1 ชั่วโมง	173	58.84
2. ชนิดการผ่าตัด		
DL-ML*	232	78.91
DL-ML - Bronchodilate	23	7.82
DL-ML - Flexible diode laser	20	6.80
DL - ML - Fogarty dilatation	10	3.40
DL - ML - Flexible diode -Bronchodilate	9	3.06
3. ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำจากท่อผู้ป่วย		
ได้รับ	279	94.90
ไม่ได้รับ	15	5.10

*Direct laryngoscope and microlaryngoscopy

เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกส่วนใหญ่ คือ GA TIVA จำนวน 279 ราย ร้อยละ 94.90 ซึ่งมีวิธีการช่วยหายใจระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกด้วย Jet ventilation มากที่สุด จำนวน 180 ราย ร้อยละ 61.22 รองลงมา คือ การใช้ Machine ventilator จำนวน 98 ราย ร้อยละ 33.33 ชนิดของท่อหายใจระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก คือ ไม่ใช่ท่อหายใจ ช่วยหายใจโดยใช้ Jet ventilation จำนวน 180 ราย ร้อยละ 61.22 รองลงมาใช้ Silver tracheostomy tube จำนวน 70 ราย ร้อยละ 23.81 มีการใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ คือ Succinylcholine มากที่สุด จำนวน 266 ราย ร้อยละ 90.48 รองลงมา คือ Cisatracurium จำนวน 25 ราย ร้อยละ 8.50 ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ข้อมูลค่านางานวิสัญญี (n = 294)

ข้อมูลค่านางานวิสัญญี	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก		
GA TIVA	279	94.90
GA balance	15	5.10
2. วิธีการช่วยหายใจระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก		
Jet ventilator	180	61.22
Machine ventilator	98	33.33
Jet ventilator + machine ventilator	16	5.44
3. ชนิดของท่อหายใจระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก		
None	180	61.22
Silver tracheostomy tube	70	23.81
Laser tube	14	4.76
Endotracheal tube	9	3.06
Multiple tube	21	7.14
4. ยาหย่อนกล้ามเนื้อ		
Succinylcholine	266	90.48
Cisatracurium	25	8.50
Atracurium	2	0.68
None	1	0.34

ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด จำนวน 231 ราย ร้อยละ 78.57 มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด 337 ครั้ง ส่วนใหญ่ คือ hypertension จำนวน 149 ราย ร้อยละ 44.21 รองลงมา คือ tachycardia จำนวน 123 ราย ร้อยละ 36.50 และ hypercarbia จำนวน 31 ราย ร้อยละ 9.20 ส่วนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นน้อยแต่รุนแรง คือ desaturation, airway fire, laryngospasm, stroke แต่ไม่พบอุบัติการณ์เสียชีวิต ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อับัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มี	63	21.43
มี	231	78.57
ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี* (N=337)		
Respiratory system		
Hypercarbia	31	9.20
Airway edema	3	0.89
Retraction	3	0.89
Airway fire	1	0.30



ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Blood clot in trachea	1	0.30
Desaturation	1	0.30
Laryngospasm	1	0.30
Cardiovascular system		
Hypertension ⁹	149	44.21
Tachycardia ¹⁰	123	36.50
Bradycardia ¹⁰	15	4.45
Premature ventricular contraction	3	0.89
Nervous system		
Residual neuromuscular blockage	3	0.89
Stroke	1	0.30
Other		
Eyelid abrasion	1	0.30
Upper lip injury	1	0.30

* ผู้ป่วยหนึ่งรายอาจเกิดอุบัติการณ์มากกว่า 1 อุบัติการณ์

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกในการตรวจกล้องเสียงโดยทางตรงและผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ร่วมกับเลเซอร์ ผู้ศึกษาได้เลือก hypertension, tachycardia และ hypercarbia เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวนมาก และพบว่า มี 1 ปัจจัย คือ อายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้ง 3 อุบัติการณ์ คือ hypertension, tachycardia และ hypercarbia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ โดยที่ อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด hypertension เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 (OR = 1.06, 95% CI: 1.05-1.08) ลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด tachycardia ลงร้อยละ 3 (OR = 0.97, 95% CI: 0.96-0.98) ลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด hypercarbia ลงร้อยละ 5 (OR = 0.95, 95% CI: 0.92-0.97) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน

หัวเรื่อง	Hypertension			Tachycardia			Hypercarbia		
	มี (n %)	OR (95%CI)	p-value	มี (n %)	OR (95%CI)	p-value	มี (n %)	OR (95%CI)	p-value
อายุเพิ่มขึ้นทุกปี	149	1.06 (1.05-1.08)	<0.001*	123	0.97 (0.96-0.98)	<0.001*	31	0.95 (0.92-0.97)	<0.001*
ASA class									
1	53 (35.57)	Reference	0.358**	46 (37.40)	Reference	0.144**	7 (22.58)	Reference	0.277**
2	85 (57.05)	0.82 (0.50-1.34)		67 (54.47)	0.72 (0.44-1.18)		21 (67.74)	1.79 (0.73-4.37)	
3	11 (7.38)	1.63 (0.56-4.73)		10 (8.13)	1.68 (0.60-4.76)		3 (9.68)	2.85 (0.66-12.31)	
การมีโรคประจำตัว									
ไม่มี	53 (35.57)	Reference	0.568**	46 (37.40)	Reference	0.299**	7 (22.58)	Reference	0.155**
มี	96 (64.43)	0.87 (0.54-1.41)		77 (62.60)	0.77 (0.47-1.26)		24 (77.42)	1.88 (0.78-4.52)	



หัวข้อ	Hypertension			Tachycardia			Hypercarbia		
	มี (n %)	OR (95%CI)	p-value	มี (n%)	OR (95%CI)	p-value	มี (n%)	OR (95%CI)	p-value
เทคนิคการให้ยาระดับความรู้สึกร									
GA TIVA	141 (94.63)	Reference	0.833**	117 (95.12)	Reference	0.822**	27 (87.10)	Reference	0.060***
GA balance	8 (5.37)	1.12 (0.39-3.17)		6 (4.88)	0.92 (0.32-2.66)		4 (12.90)	3.40 (1.01-11.40)	

*Mann-Whitney U test. **Chi-square test. ***Fisher's exact test.

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย จำนวน 294 ราย พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด ร้อยละ 78.57 ส่วนใหญ่ คือ Hypertension ร้อยละ 44.21 รองลงมา คือ Tachycardia ร้อยละ 36.50 และ Hypercarbia ร้อยละ 9.20 ส่วนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นน้อยแต่รุนแรง คือ Desaturation, Airway fire, Laryngospasm, Stroke แต่ไม่พบอุบัติการณ์เสียชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Hypertension, Tachycardia และ Hypercarbia คือ อายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้ง 3 อุบัติการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ การผ่าตัดคลองเสียงด้วยเลเซอร์ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากวิสัญญีพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และลดอุบัติการณ์รุนแรง

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย 31.65 ± 21.85 ปี และส่วนใหญ่มี ASA Class II สอดคล้องกับ Smita R. และคณะ⁽³⁾ ผู้ป่วยร้อยละ 66.0 มีโรคประจำตัวและข้อพิจารณาทางวิสัญญี วิสัญญีพยาบาลต้องประเมินทางเดินหายใจก่อนผ่าตัด โดยซักประวัติ ตรวจร่างกาย วางแผนการระงับความรู้สึก พร้อมเตรียมอุปกรณ์และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด^(4,11) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ hypertension, tachycardia และ hypercarbia ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Smita R. และคณะ⁽³⁾ ภาวะ hypertension และ tachycardia เกิดจากการใส่อุปกรณ์ direct laryngoscope และ microlaryngoscope กระตุ้นระบบหัวใจและทางเดินหายใจ ขนาดการกระตุ้นขึ้นกับแรงและระยะเวลาการใช้ direct laryngoscope⁽¹²⁾ ระหว่างผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลต้องประเมินความเสี่ยง สังเกตสัญญาณชีพ และบันทึกข้อมูลทางวิสัญญีอย่างเคร่งครัด หากพบความผิดปกติ เช่น hypertension, tachycardia และ arrhythmias ต้องรายงานวิสัญญีแพทย์และดูแลตามแผนรักษาทันที

ภาวะ hypercarbia เกิดจากสลายแพทย์และวิสัญญีแพทย์สลับกันใช้ทางเดินหายใจร่วมกัน ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อหายใจจะมีช่วงไม่สามารถช่วยหายใจได้ระหว่างการผ่าตัด⁽³⁾ วิสัญญีพยาบาลต้องเฝ้าระวังและสื่อสารกับสลายแพทย์ในการช่วยหายใจเพื่อลด ETCO_2 อุบัติการณ์อื่นๆ ที่พบ ได้แก่ desaturation, airway fire, laryngospasm และ stroke โดยไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิต



การเกิด desaturation พบข้อมูลเฉพาะ SPO_2 น้อยกว่า 85% หรือ SPO_2 น้อยกว่า 90% นานมากกว่า 3 นาที⁽¹³⁾ ส่วน desaturation ที่เกิดขึ้นระยะสั้น มีการบันทึกข้อมูลน้อย เมื่อเกิด desaturation วิกฤติพยาบาลต้องเฝ้าระวังสัญญาณชีพ แจ้งเตือนทีมวิสัญญีและศัลยแพทย์ คัดเลือกท่อหายใจที่เหมาะสม ทีมวิสัญญีช่วยหายใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ภาวะปกติอย่างรวดเร็ว และบันทึกข้อมูลใน anesthetic record ให้สมบูรณ์ ข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลพบ desaturation มีการบันทึกจำนวนน้อย บุคลากรควรลงข้อมูล SPO_2 ที่ลดลงต่ำสุดพร้อมสาเหตุเพื่อใช้ในการพัฒนาและดูแลผู้ป่วยต่อไป

การเกิด airway fire ระหว่างผ่าตัด พบผู้ป่วยจำนวน 1 ราย มีการใช้ endotracheal tube ร่วมกับเลเซอร์ เมื่อเกิด airway fire ศัลยแพทย์นำอุปกรณ์ดับไฟออกและทำการดับไฟด้วยผ้าก๊อชชุบน้ำ normal saline ภายหลังพบ airway edema จึงให้การดูแลด้วย collar mask และเฝ้าระวังในหอผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับ Hemantkumar ที่แนะนำให้ใช้อุปกรณ์ที่ติดไฟออก ดับไฟด้วย normal saline และประเมินการบาดเจ็บด้วย bronchoscope การป้องกันการเกิด airway fire วิกฤติพยาบาลต้องเตรียม laser tube และคลุมหน้าผู้ป่วยด้วยผ้าก๊อชชุบน้ำ normal saline พร้อมประสานงานกับศัลยแพทย์ในการใช้ jet ventilator ให้เหมาะสมและปลอดภัยระหว่างการยิงเลเซอร์⁽¹¹⁾

การเกิด laryngospasm พบผู้ป่วยอายุ 7 ปี เป็นโรค laryngeal papillomatosis ผ่าตัด DL-ML ช่วยหายใจด้วย jet ventilator และใช้เทคนิค GA TIVA ช่วง emergent period ผู้ป่วยเกิด laryngospasm จึงใส่ endotracheal tube หลังจากนั้นพบภาวะ hypercarbia จึงนำผู้ป่วยสังเกตอาการที่ ICU สอดคล้องกับการศึกษาของ Bo L. และคณะ ที่พบผู้ป่วยเด็กหลายคนมี laryngeal papillomatosis มาทำ suspension laryngoscopic surgery ในช่วง emergence period เกิด laryngospasm และ laryngeal edema⁽¹⁴⁾ ช่วง induction และ emergence เป็นช่วงเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน วิกฤติพยาบาลไม่กระตุ้นผู้ป่วย และเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากการระงับความรู้สึกอย่างราบรื่นและปลอดภัย⁽¹⁵⁾

การเกิด stroke fast track พบผู้ป่วยชายอายุ 76 ปี มีประวัติ hypertension เกิดขึ้นหลังผ่าตัด 7 ชั่วโมง มีอาการตามองไม่เห็นภาพ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ผล CT brain ปกติ รักษาด้วย rtPA และผู้ป่วยกลับเป็นปกติใน 4 ชั่วโมง สอดคล้องกับ Kurmutala LN. และคณะ ที่กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด stroke ระหว่างผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ เคยเป็น stroke ชนิดของการผ่าตัด ความปวด สัญญาณชีพไม่คงที่ การสูญเสียเลือด⁽¹⁶⁾ ดังนั้น หน่วยงานควรมีแบบคัดกรองความเสี่ยงการเกิด stroke ในผู้ป่วยและมีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ เพื่อป้องกัน แก้ไข และรักษาอย่างทันที่

การศึกษาปัจจัย พบว่า อายุสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนในการระงับความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี เพิ่มโอกาสเกิด hypertension ร้อยละ 6 ($\text{OR} = 1.06$) แต่ลดโอกาสเกิด tachycardia และ hypercarbia ร้อยละ 3 และ 5 ตามลำดับ ($\text{OR} = 0.97$ และ 0.95) สอดคล้องกับงานวิจัยว่า ในการรักษาด้วย KTP laser ผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงต่อ hypertension และ tachycardia เมื่ออายุมากขึ้น⁽¹⁷⁾ การทำงานของระบบหายใจเสื่อมถอยตามอายุ เมื่ออายุมากขึ้น



ความสามารถแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เสี่ยงเกิด hypercarbia สูงขึ้น โดยเฉพาะขณะใช้ยาระงับความรู้สึก หรือใส่ท่อช่วยหายใจแบบพิเศษร่วมกับเลเซอร์⁽¹⁸⁾ ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลต้องประเมินและเฝ้าระวัง ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด เพราะผู้สูงอายุมักเสี่ยงเกิด hypertension และ hypercarbia ขณะทำการหัตถการ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดคลองเสียงด้วยเลเซอร์ให้มีประสิทธิภาพ
2. สร้างระบบคัดกรองความเสี่ยงผู้ป่วยเฉพาะทางก่อนเข้ารับการรักษา
3. ปรับปรุงแบบบันทึกเพื่อการประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณหัวหน้าสาขาวิชาฯ หัวหน้างาน และบุคลากรวิทยาลัยทุกท่านที่ให้การปรึกษา และสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณนักสถิติ และครอบครัวที่เป็นกำลังใจสำคัญจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. สุภาวดี ประคุณหังสิต. ตำราโสต ศอ นาสิกวิทยา. ฉบับเรียบเรียงใหม่ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพธิซิ่ง; 2550.
2. บุญชู กุลประดิษฐ์ธรรม, สมยศ คุณจักร, วิภา บุญกิตติเจริญ. เลเซอร์ผ่าตัดและรักษาทางหู คอ จมูก บริเวณศีรษะและลำคอ. กรุงเทพฯ: หจก.เอ็ม.ที.เพรส; 2540.
3. Smita R, Jansari DB, Yadav N. Anaesthetic management for laser surgery of airway lesions. Int J Ther Appl 2015; 19: 1-7.
4. Junyatham S, Hengphaisan S, Mettapol C, Chumpathong S. Anesthesia for panendoscopy: the challenging role of nurse anesthetist. J R Thai Army Nurses 2023; 24(2): 8-10.
5. Jaquet Y, Monnier P, Van Melle G, Ravussin P, Spahn DR, Chollet-Rivier M. Complications of different ventilation strategies in endoscopic laryngeal surgery: a 10-year review. Anesthesiology 2006; 104(1): 52-9.
6. Taziki MH, Ghorchaei A, Daneshmand S, Kazem Nezhad K. Incidence of anesthetic and surgical complications in laryngeal laser surgeries. J Surg Trauma. 2020; 8(1): 31-5.



7. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. รายงานสถิติหัตถการจำแนกตามห้องผ่าตัด ประจำปี 2566 [รายงานที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2566.
8. หน่วยบริหารความเสี่ยง สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. เอกสารรายงานอุบัติการณ์ สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา [รายงานที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. ขอนแก่น: สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566.
9. Hartle A, McCormack T, Carlisle J, Anderson S, Pichel A, Beckett N, et al. The measurement of adult blood pressure and management of hypertension before elective surgery: Joint Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Hypertension Society. *Anaesthesia* 2016; 71(3): 326-37.
10. Paul SP, Wilkinson R, Routley C. Management of respiratory tract infections in children. *Nurs Res Rev* 2014; 4: 135-47.
11. Hemantkumar I. Anesthesia for laser surgery of the airway. *Otorhinolaryngol Clin*. 2017; 9(1) :1-5.
12. Nirgude A, Hemantkumar I. Anesthetic considerations in microlaryngoscopy and direct laryngoscopy. *Otorhinolaryngol Clin* 2017; 9(1): 10-4.
13. หน่วยบริหารความเสี่ยง สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา. คำจำกัดความของ incident related to anesthesia. ฉบับปรับปรุง. ขอนแก่น: สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566.
14. Bo L, Wang B, Shu SY. Anesthesia management in pediatric patients with laryngeal papillomatosis undergoing suspension laryngoscopic surgery and a review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2011; 75(11): 1442-5.
15. Gavel G, Walker RWM. Laryngospasm in anaesthesia. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain* 2014; 14(2): 47-51.
16. Kurnutala LN, Anand S. Perioperative stroke in a patient undergoing noncardiac, non-neurosurgical procedure: a case report. *Cureus* 2020; 12(8): e9684.
17. American Laryngological Association. Office KTP Laser Treatment [Internet]. [Place of publication unknown]: American Laryngological Association; 2017 [cited 2025 Jul 27]. Available from: <https://alahns.org/wp-content/uploads/CLC/53-KTP-Laser.pdf>
18. Mahender A, Chavan SS, Saroa R, Chauhan M. Recent advances in geriatric anaesthesia. *Indian J Anaesth* 2023; 67(1): 152-8.



ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

FACTORS AFFECTING STRESS IN CAREGIVERS OF THE ELDERLY WITH DEPENDENCYBANG PA-IN DISTRICT, PHRA NAKHON SI AYUTTHAYA PROVINCE

Received: June 19, 2025

Revised: July 27, 2025

Accepted: August 07, 2025

ศรินยา ขวัญเมือง^{1*}, เฌอลินณัฐ ลิริเศรษฐ์ภพ¹, พรรณี บัญชรหัตถกิจ¹

Sarinya Khwanmeung^{1*}, Cherlyn sirisetpop¹, Phannee Banchonhattakit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของผู้ดูแลในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 300 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น โดยค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.71-0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 6.93, S.D. = 2.153) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุต่อวัน การรับรู้สมรรถนะตนเอง และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับความเครียดได้ร้อยละ 22.8 ($R^2 = 0.228$, $p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล ทั้งด้านจิตใจ ความรู้ ทักษะการดูแล และการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเครียดของผู้ดูแลในชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความเครียด, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

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

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



Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to 1) examine the stress levels of caregivers of dependent older adults and 2) identify factors influencing their stress in Bang Pa-in District, PhraNakhon Si Ayutthaya Province. The sample consisted of 300 caregivers, selected through multistage sampling. Research instruments were validated by experts for content validity, and reliability coefficients ranged from 0.71 to 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results revealed that caregivers experienced high levels of stress (Mean = 6.93, S.D. = 2.153). Statistically significant predictors of caregiver stress included average monthly income, hours of caregiving per day, perceived self-efficacy, and beliefs about karma and merit-making. These variables collectively explained 22.8% of the variance in stress levels ($R^2 = 0.228$, $p\text{-value} < 0.05$).

The findings suggest the need for community-level interventions to reduce caregiver stress. Recommendations include promoting psychological resilience, providing appropriate knowledge and caregiving skills, and establishing supportive social environments. Examples of such initiatives include caregiver training programs, social support systems, and activities that foster understanding of caregiver roles and burdens. These insights can inform sustainable policy development and community-based programs that better address the needs of caregivers of dependent older adults.

Keywords: Stress, Caregivers, Dependent Elderly



บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2567 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย รายงานว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 13.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งประเทศ 65.06 ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งแนวโน้มนี้สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อันเป็นผลจากความเสื่อมสภาพของร่างกายและโรคเรื้อรัง โดยในปี พ.ศ. 2566 พบผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 198,338 คน และผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 44,325 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การประเมินภาวะพึ่งพิงโดยใช้ดัชนี Barthel ADL Index จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้สูงอายุทั้งหมด 163,279 คน คิดเป็นร้อยละ 20.12 ของประชากรจังหวัด โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม 128,740 คน ติดบ้าน 19,630 คน และติดเตียง 14,909 คน สำหรับอำเภอบางปะอิน พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด 17,138 คน ได้รับการประเมิน ADL แล้ว 10,809 คน คิดเป็นร้อยละ 63.07 พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม 14,875 คน ติดบ้าน 2,012 คน และติดเตียง 251 คน⁽²⁾

จากสถานการณ์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรหลายประการผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ ที่มีการพึ่งพาผู้ดูแลในระดับสูง จัดเป็นภาระงานที่หนัก และซับซ้อนในการดูแลที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระที่ยาวนานในการดูแล ต้องมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงใน บทบาทหน้าที่ตนเอง อาจเกิดความคลุมเครือในบทบาท และความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้นบางรายต้องให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ดูแลมีหน้าที่ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนยังไม่พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนไม่ได้มีความรู้ความสามารถ เกี่ยวกับการดูแลโดยตรง ไม่เคยมีประสบการณ์การรวมทั้งยังมี ภาระในด้านอื่นๆ เช่น งานภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและผู้ดูแลบางคนมีครอบครัว ของตนเองที่ต้องดูแลนำมาซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุเห็นว่าภาวการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ดูแลมีข้อจำกัดมากทั้งด้านสุขภาพและสังคมรวมถึงผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล บางครั้งจึงทำให้เกิดปัญหาในการดูแลได้ ข้อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลงได้การดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสถานการณ์ที่มักก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล⁽³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการจัดการความเครียดของลาซารัส⁴ ที่กล่าวว่าความเครียด (Stress) คือ เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่าส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพและเป็นภัยคุกคามต่อตนเอง และมีการใช้แหล่งประ โยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังที่มีอยู่เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ มีการวิจัยความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญ



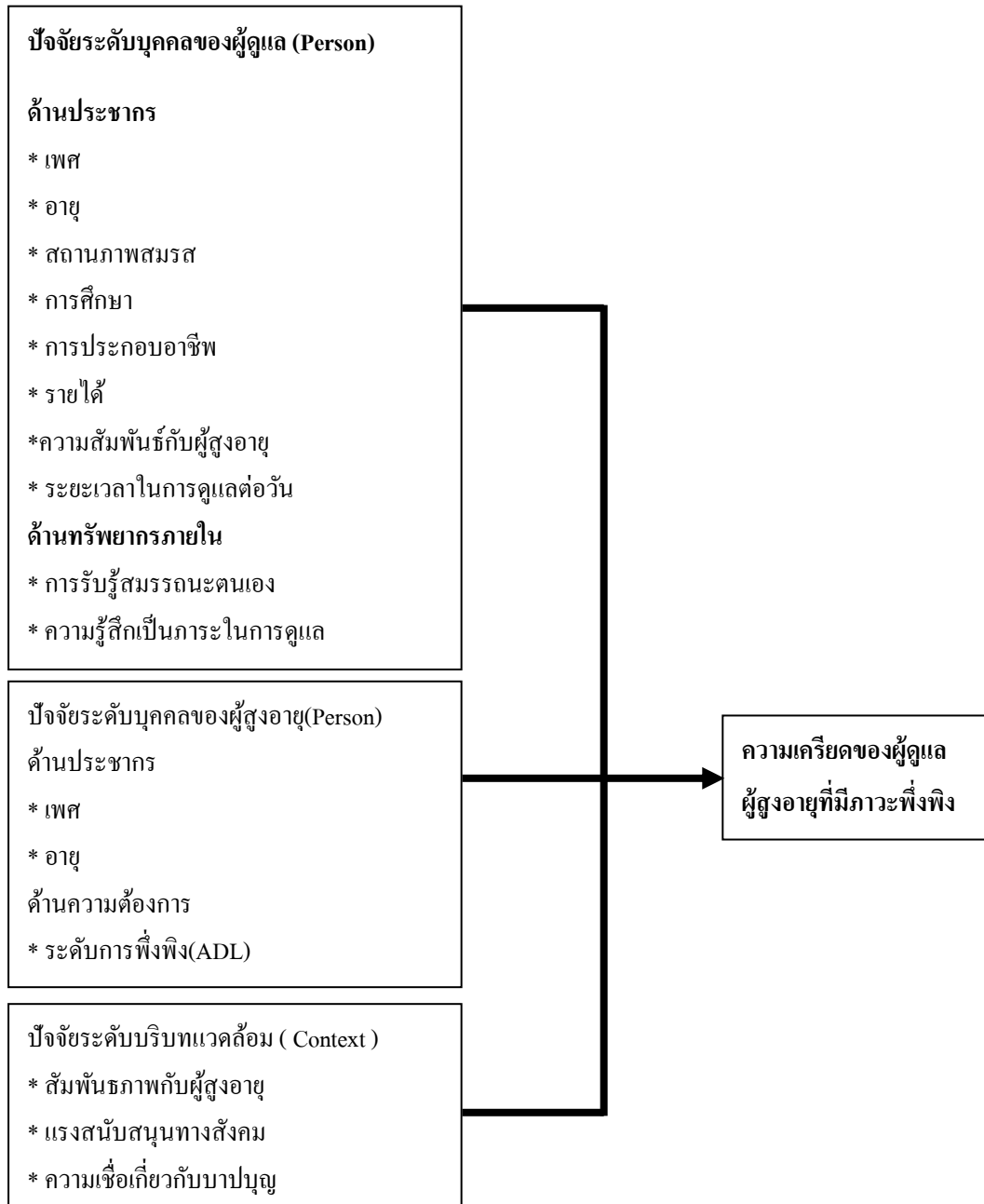
ความเครียดของญาติผู้ดูแลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.26$, S.D. = 1.12) พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากที่สุด ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้พลังกายพลังใจ และต้องทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน เพราะภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน ตลอดจนการจัดการกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนได้รับผลกระทบ อาจเกิดความเครียดสะสม ผลของความเครียดยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้⁽⁵⁾ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล ส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล และให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ 0-11 คะแนน อาศัยในเขตพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 2,236 คน โดยยึดจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G Power ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 300 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยเกณฑ์การเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) บุคคลสัญชาติไทยที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางปะอิน จังหวัด 2) อ่าน เขียน และสื่อสารได้ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ 4) นับถือศาสนาพุทธ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแล ประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองโดยแบ่งออกเป็น 10 ข้อ และแบบสอบถามวัดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ใช้แบบสอบถามของ Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทย (ZBI-Thai) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ โดยจะประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล (ข้อ 2-6) ภาวะเครียด (ข้อ 1, 7-10) และความรู้สึกลำบากใจ (ข้อ 11, 12)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ และระดับภาวะพึ่งพิง จากการประเมิน Barthel Activities of Daily Living: ADL ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม มีการแปลผลออกเป็น 4 กลุ่มได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด	ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน
กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก	ADL อยู่ในช่วง 5-8 คะแนน
กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง	ADL อยู่ในช่วง 9-11 คะแนน
กลุ่มที่ 4 ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย	ADL อยู่ในช่วง 12 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบริบทแวดล้อมของผู้ดูแล ประกอบด้วย แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแล ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 10 ข้อ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น ด้านอารมณ์และสังคม 6 ข้อ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 3 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ ด้านการประเมินพฤติกรรม 2 ข้อ และแบบสอบถามความเชื่อเรื่องบาปบุญ ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก กิตติมา รุ่งแดง (2553) คำถามแบ่งออกเป็น 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ใช้วัดความเครียดของผู้ดูแล เครื่องมือนี้สร้างภายใต้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก (Physical and emotional strain) 10 ข้อ ด้านสังคม (Social strain) 1 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ (Financial strain) 1 ข้อ และด้านการประกอบอาชีพ (Occupational strain of caregiving) 1 ข้อ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจจากอาจารย์ที่ปรึกษาเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษาที่เหมาะสมให้ตรงตามนิยามที่ต้องการวัดและสอดคล้องกับทฤษฎีหรือเนื้อหา โดยการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แบบสอบถามมีค่าดัชนี IOC 0.79-0.80

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้จากการทดสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดสอบ (try out) จำนวน 30 คน ในเขตพื้นที่ตำบลเชิงรังกน้อย อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองมีค่าเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมีค่าเท่ากับ 0.76 แบบสอบถามสัมพันธภาพเท่ากับ 0.81 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.80 และความเชื่อเกี่ยวกับบาปบุญเท่ากับ 0.71

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ อธิบายด้วยค่าความถี่ และค่าร้อยละ บัญชีระดับบุคคลของผู้ดูแลด้านทรัพยากรภายใน บัญชีระดับบริบทแวดล้อมและความเครียดของผู้ดูแล อธิบายด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Enter regression) เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิเคราะห์ โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์จังหวัดปทุมธานี เลขที่จริยธรรม 0085/2567 ตั้งแต่วันที่ 16 ธันวาคม 2567-16 ธันวาคม 2568 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดตามหลักเกณฑ์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ และหลักยุติธรรม



ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 300 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.3 มีอายุอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 35-59 ปี มากถึงร้อยละ 89.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 42.0 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 23.3 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 66.0 มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ต่อวันมากกว่า 12 ชั่วโมง ร้อยละ 66.3 และมีความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงร้อยละ 47.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาในระดับสูง ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.25) จำนวน 294 คน ร้อยละ 98.0 เมื่อพิจารณา รายชื่อ พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองจากมากไปน้อยตามลำดับดังนี้บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุให้ดีที่สุดจะทำให้ผู้สูงอายุแข็งแรง ($\bar{X} = 4.72$, S.D. = 0.51) การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องทำได้ง่าย ($\bar{X} = 4.71$, S.D. = 0.52) และตนเองสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เป็น อย่างดี ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.72) การวัดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.42$, S.D. = 0.29) จำนวน 247 คน ร้อยละ 82.3 เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า รู้สึกภาระการดูแลจากมากไปน้อยตามลำดับ ดังนี้ รู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.78) รองลงมา คือ รู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{X} = 4.44$, S.D. = 0.50) และรู้สึกว่า ควรจะทำอะไรมากยิ่งขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = 0.81)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 300 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิงจำนวน 192 คน ร้อยละ 64.0 มีอายุอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 82.7 มีคะแนนการประเมินกิจวัตร ประจำวันส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-8 คะแนน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมากจำนวน 163 คน ร้อยละ 54.3

ปัจจัยด้านบริบทแวดล้อมของผู้ดูแล ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีสัมพันธภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.23) จำนวน 290 คน ร้อยละ 96.7 เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและ ผู้สูงอายุจากมากไปน้อยตามลำดับ ดังนี้ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.55) รองลงมาผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีงานอดิเรกหรือกิจกรรมพักผ่อนร่วมกัน ($\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.55), แร่สนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบางปะอิน จังหวัด พระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.23) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุจากมากไปน้อยตามลำดับดังนี้ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.55) รองลงมาผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีงานอดิเรกหรือกิจกรรมพักผ่อนร่วมกัน



($\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.55) และผู้สูงอายุปฏิบัติตามคำแนะนำ ($\bar{X} = 4.44$, S.D. = 0.59) ความเชื่อเรื่องบาปบุญของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.11$, S.D. = 0.22) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความเชื่อเรื่องบาปบุญของผู้ดูแลจากมากไปน้อยตามลำดับ ดังนี้ การดูแลผู้มีพระคุณจะได้ขึ้นสวรรค์ ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.54) รองลงมาคนที่มีความโกรธเสมอตายไปจะตกนรก ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.62)

ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับกลางจำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 และรองลงมาผู้ดูแลมีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 24.3

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแล ($\beta = 0.000$, p-value < 0.001) ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ($\beta = 0.791$, p-value < 0.001) การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($\beta = 1.912$, p-value < 0.001) และความเชื่อเรื่องบาปบุญ ($\beta = 2.153$, p-value < 0.001) ในขณะที่ตัวแปรอื่นๆ เช่น เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีอิทธิพลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n = 300)

ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	Sig	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients			Statistics	
	B	S.E.	Beta			Tolerance	VIF
ค่าคงที่	-8.464	4.028		-2.101	0.037		
เพศ (X_1)	-0.294	0.234	-0.067	-1.261	0.208	0.963	1.038
อายุ (X_2)	-0.026	0.014	-0.113	-1.951	0.052	0.809	1.236
สถานภาพ (X_3)	-0.070	0.183	-0.21	-0.381	0.703	0.918	1.089
ระดับการศึกษา (X_4)	0.044	0.702	0.034	0.630	0.545	0.852	1.174
การประกอบอาชีพ (X_5)	0.036	0.058	0.034	0.630	0.529	0.943	1.344
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (X_6)	0.000	0.000	-0.268	-4.800	0.000*	0.932	1.073
ระยะเวลาในการดูแล (X_7)	0.791	0.207	0.216	3.822	0.000*	0.947	1.055
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (X_8)	0.244	0.145	0.092	1.681	0.094	0.911	1.098
การรับรู้สมรรถนะของตน (X_9)	1.915	0.482	0.224	3.975	0.000*	0.956	1.046
ภาระในการดูแล (X_{10})	0.124	0.407	0.017	0.304	0.761	0.912	1.096
สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ (X_{11})	1.111	0.493	0.120	2.255	0.025	0.954	1.049



ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	Sig	Collinearity	
	Coefficients		Coefficients			Statistics	
	B	S.E.	Beta			Tolerance	VIF
แรงสนับสนุนทางสังคม (X_{12})	-0.811	0.520	-0.084	-1.559	0.120	0.935	1.069
ความเชื่อเรื่องบาปบุญ (X_{13})	2.153	0.577	0.211	3.733	0.000*	0.920	1.087

$R = 0.478$ $R^2 = 0.228$ $F = 6.505$ $p\text{-value} < 0.001$

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

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปรากฏว่า ตัวแปร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (X_6) ระยะเวลาในการดูแล (X_7) การรับรู้สมรรถนะตนเอง (X_9) และความเชื่อเรื่องบาปบุญ (X_{13}) ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและสามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 22.8 ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

$$\hat{y} = -8.464 + 0.000X_6 + 0.791X_7 + 1.9152X_9 + 0.153X_{13}$$

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลมีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและระยะเวลาในการดูแลต่อวัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ และต้องดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน มีแนวโน้มประสพภาวะความเครียดในระดับสูงมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุคติณี สุทธิฤทธิ์⁽⁶⁾ ที่พบว่า ภาระด้านเวลาและข้อจำกัดทางเศรษฐกิจเป็นตัวแปรหลักที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และการรับรู้สมรรถนะตนเองแม้ผลการวิเคราะห์จะพบค่าสัมประสิทธิ์ที่มีนัยสำคัญ ($\beta = 1.915$, $p\text{-value} < 0.001$) แต่เมื่อพิจารณาการกระจายของข้อมูลพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 98 มีระดับการรับรู้สมรรถนะในระดับสูง สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura(1997)⁽⁷⁾ ที่เสนอว่า บุคคลที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองสูง จะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคลเหล่านี้สามารถเผชิญและรับมือกับความเครียดได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่ำ เนื่องจากความเชื่อนี้ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะตนเองจึงถือเป็นปัจจัยเชิงป้องกันที่สำคัญในการลดระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขณะที่ปัจจัยประชากรอื่นๆ เช่น เพศ อายุ สถานภาพ



สมรส การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ไม่มีผลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ วรรณดี สุขกิจเจริญ⁽⁸⁾ ที่พบว่า เพศหญิงและความสัมพันธ์เป็นภรรยา มีแนวโน้มเครียดสูงกว่า อาจเนื่องจากบริบทของชุมชนในเขตวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการพึ่งพิง ไม่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพรรณ สังข์ทอง⁽⁹⁾ ที่พบว่า ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุไม่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลในชุมชน เพราะผู้ดูแลมีความคุ้นชินและสามารถจัดการกับความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี อีกทั้งการมีค่านิยมความกตัญญูในครอบครัวไทย ช่วยลดผลกระทบของตัวแปรเหล่านี้ลง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางฉบับ เช่น ของ Kennedy⁽¹⁰⁾ ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ระดับการพึ่งพิงที่สูงส่งผลต่อระดับความเครียดในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของบริบทวัฒนธรรมและระบบสนับสนุนที่แตกต่างกันระหว่างสังคมตะวันตก และสังคมไทย

ปัจจัยระดับบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเชื่อเรื่องบาปบุญ ($\beta = 2.153$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้ที่มีความเชื่อในเรื่องบาปบุญในระดับสูงมักรู้สึกถึงภาระหน้าที่ทางศีลธรรมและจิตใจที่ต้องดูแลผู้สูงอายุให้ดีที่สุด ซึ่งส่งผลต่อความเครียดในเชิงจิตสำนึกและความคาดหวัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมนึก บุญเรือง⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผู้ดูแลในพื้นที่ภาคเหนือของไทย และพบว่าผู้ที่มีความเชื่อทางศาสนาเข้มข้นมีระดับความเครียดสูงกว่ากลุ่มอื่น ขณะที่ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคมแม้จะมีระดับเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง แต่กลับไม่แสดงอิทธิพลทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญในโมเดล ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อเท็จจริงว่า ความสัมพันธ์ใกล้ชิดและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็น “พื้นฐาน” ของบริบทชุมชนไทยอยู่แล้ว จึงไม่แปรเปลี่ยนเป็นปัจจัยที่ส่งผลชัดเจนต่อระดับความเครียดในเชิงปริมาณ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรพงษ์ ประกอบผล⁽¹²⁾ ที่พบว่า แรงสนับสนุนในครอบครัวมีผลต่อสุขภาพจิตในทางบวก แต่ไม่สัมพันธ์กับระดับความเครียดในเชิงสถิติอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางแต่ถ้าหากความเครียดนั้นไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ความเครียดมีระดับที่สูงและเพิ่มความเครียดมากขึ้น ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรพึงระวังปัญหาที่เกิดจากความเครียดของผู้ดูแล ควรหากิจกรรมหรือวิธีการในการผ่อนคลายความเครียด อาทิ กิจกรรมทางศาสนา หรือให้คำปรึกษาเฉพาะรายที่มีความเครียด เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลลงได้



2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดตั้งกองทุนเพื่อให้บริการการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อช่วยแบ่งเบาการดูแล โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลต่อไป

3. ส่งเสริมการศึกษาวิชาพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทมากยิ่งขึ้นเพื่อให้เกิดการปลูกฝังให้เยาวชนและประชาชนได้รับการศึกษาหลักธรรมคำสอน หรือส่งเสริมการจัดกิจกรรมที่นำหลักคำสอนตามพระพุทธศาสนามาใช้เพื่อลดความเครียด

4. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล หากมีการเพิ่มหรือพัฒนาทักษะหรือสมรรถนะในการดูแลให้กับผู้ดูแลจะสามารถช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ได้เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัย ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และแบ่งปันประสบการณ์อันมีคุณค่า ซึ่งล้วนเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น และบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Health, Ministry of Public Health. Assessment of elderly dependency using Barthel ADL Index: Annual report 2024 [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 23]. Available from: <https://www.exampleurl.go.th>
2. สำนักงานยุทธศาสตร์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. งานนโยบาย [อินเทอร์เน็ต]. พระนครศรีอยุธยา: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/aya/public>
3. กัญนิกา อยู่สำราญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปี 2564. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล; 2564.
4. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984: p.73-80.
5. สรรสนีย์ จันทร์มา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.



6. สุดาสนี สุทธิฤทธิ, อรณัส ขวงทอง, วราภา จันทร์เอียด, สุวรรณิ นิยมจิตร, นิชชาภรณ์ บัวแสง, ศิรินยา รอดเจริญ. ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2564; 35(2).
7. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
8. วรรณดี สุขกิจเจริญ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.
9. พรพรรณ สังข์ทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนจังหวัดนครนายก [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
10. Kennedy RE, Sawyer P, Lo A, Ritchie CS, Allman RM. Caregiver stress and burden associated with the care of older adults with dependency in activities of daily living. J Aging Health 2015; 27(2): 225-43. doi: 10.1177/0898264314550548
11. สมนึก บุญเรือง. ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.
12. ภัทรพงศ์ ประกอบผล. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์; 2534.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลี้ยวเมืองทุ่งมน ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000
โทร 043-019760 ต่อ 114



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



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

R&D Health
System Journal

