



วารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

JOURNAL OF NAKHONPHANOM PROVINCIAL HEALTH OFFICE

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568

VOL.3 NO.1 JANUARY - JUNE 2025



ISSN 3056-9966 (online)



วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

Journal of Nakhon Phanom Provincial Health Office

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน 2568

Volume 3 No. 1 January – June 2025

วัตถุประสงค์	เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ วิจัย และนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ การพยาบาล และสาธารณสุข		
เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม		
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.ปรีดา วรหาร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม นพ.กิตติเชษฐ์ อีร์กุลพงศ์เวช รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ทพญ.วิภารัตน์ วรหาร รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม (ด้านทันตกรรม) นางศิริลักษณ์ ใจช่วง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นางवासนา ศรีวะรมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม (ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ)		
บรรณาธิการ	ดร.ศิริลักษณ์	ใจช่วง	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
รองบรรณาธิการ	นางกนกพร	ไทรสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางสาวเบญจมาศ	วันนาพ้อ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	นางสาวพัชรินทร์	วงตา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	นางสาวธัญญลักษณ์	ทอนราช	นักสาธารณสุขชำนาญการ

กองบรรณาธิการ

คณะบรรณาธิการจากหน่วยงานภายใน

นพ.กิตติเชษฐ์	อีร์กุลพงศ์เวช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ดร.นพ.เกรียงไกร	ประเสริฐ	โรงพยาบาลนครพนม
ทพญ.วิภารัตน์	วรหาร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
นพ.สุทธิชัย	นักผูก	โรงพยาบาลนครพนม
พญ.หทัยรัตน์	ณ นครพนม	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม
นพ.ณัฐ	ธัญญาหาร	โรงพยาบาลนครพนม
ทพญ.หทัยจิตร	ฤทธิแสง	โรงพยาบาลปลาปาก
นายวิชิต	เหล่าวัฒนาถาวร	โรงพยาบาลนครพนม
นายวิวรรธน์	วงศ์ตาชี	โรงพยาบาลวังยาง
นางสาวพัชรพร	ควรรณสุ	โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์
นายพิศิษฐ์	เสรีธรรมะพิทักษ์	โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์
นางสาววราลี	วงศ์ศรีชา	โรงพยาบาลนาแก
นายเสน่ห์	พลจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแพง
นายอดิศักดิ์	พรหมอารักษ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธาตุพนม
นายสมศักดิ์	อินทมาต	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

คณะกรรมการจากหน่วยงานภายนอก

รศ.ดร.วรินทร์มาศ	เกษทองมา	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร
ผศ.ดร.นุชรรัตน์	มังคละศิริ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
ผศ.ดร.ผุสดี	สระทอง	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี
ผศ.ดร.เนตรนภา	กาบมณี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
ผศ.ดร.ศุภวดี	แถวเพีย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น
ผศ.ดร.ทรงพล	ต่อนี	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.ดร.กฤษกันทร	สุวรรณพันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.สิทธิชัย	ใจขาน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.สุทิน	ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ธนะภูมิ	รัตนานพวงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.จารุวรรณ	หมั่นมี	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
ดร.เกศรา	แสนศิริวิสุข	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.บุญหนากร	พรมภักดี	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.มิ่งขวัญ	ภูหงส์ทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ดร.สกวรัตน์	แดงมันฮับ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
ดร.ปาริชาติ	ศรีสมัย	สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์
ดร.बारमेษฐ์	ภิราล้า	หน่วยคุ้มครองสุขภาพโลกจังหวัดนครพนม
นางสาวภาวิณี	ชัยกลาง	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายเจตพล	แสงกล้า	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ทพ.สุรจิตร	คุสกุล	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
นางสาวพรทิพา	โชติกะนาวิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นายสุพัฒน์	สมจิตรสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวปฐมภรณ์	อดานนท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นายจิรัชยา	ประสพธัญญา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวเบญจมาศ	วันนาพ้อ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวพัชรินทร์	วงตา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวธัญญลักษณ์	ทอนราช	นักสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวรัชชา	วุฒิรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวณัฐธันธ์	รังสีโชคอนันต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวกนกพร	คะตา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวนิศารัตน์	คำบัว	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

กำหนดออก

ISSN

ส่งต้นฉบับที่

ราย 6 เดือน เดือน มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม
3056-9966 (Online)
งานวารสาร (งานวิจัยและพัฒนา) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ชั้น 3
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
356 ถ.อภิบาลบัญชา ต.ในเมือง อ.เมืองนครพนม จ.นครพนม 48000
โทรศัพท์ 0 4251 2446 ต่อ 308
E-mail : journal.nkp@gmail.com
พิมพ์ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2568



สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

ในยุคที่การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศส่งผลกระทบอย่างชัดเจนต่อชีวิตประจำวัน ปัญหาทางด้านสาธารณสุขเริ่มมีความซับซ้อนและทวีความรุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศต่อสุขภาพมีอย่างหลากหลาย เช่น อุณหภูมิที่สูงขึ้น ความชื้นที่เปลี่ยนแปลง เอื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อโรค เช่น ไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อรา ทำให้มีการแพร่กระจายของโรคจากเชื้อโรคและพาหะต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น โรคไข้เลือดออก มาลาเรีย และโรคติดเชื้อมากขึ้น เป็นต้น มลพิษทางอากาศและ PM2.5 เพิ่มความเสี่ยงโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค เป็นต้น ความเครียดจากภัยพิบัติและการพลัดถิ่นส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทำให้การรับมือจัดการกับปัญหาเหล่านี้ไม่สามารถกระทำได้ด้วยลำพังภายในระบบงานด้านสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น การยกระดับการสาธารณสุขเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นภารกิจเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการอย่างบูรณาการ และอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและอาสาสมัคร รวมทั้งหน่วยงานระหว่างประเทศที่สามารถให้แนวทางหรือทุน เพื่อให้มีการจัดการปัญหาเป็นไปได้อย่างครอบคลุมในทุกด้าน

วารสารฉบับนี้จึงมุ่งเน้นนำเสนอเนื้อหาที่สะท้อนทั้งในมิติของการเตรียมความพร้อมรับมือกับสภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการปรับรูปแบบการให้บริการทั้งในส่วนของการติดเชื้อมีโรคติดต่อ อาทิ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีโรค เป็นต้น ทั้งนี้ไม่ใช่เพียงเพื่อการตอบสนองเมื่อเกิดโรคเท่านั้น แต่ต้องเริ่มตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเตรียมระบบสาธารณสุขให้พร้อมรับมืออย่างเป็นระบบ อันจะเป็นพลังสำคัญในการปกป้องสุขภาพของประชาชนในระยะยาว และสร้างระบบสาธารณสุขที่มีความยืดหยุ่นต่อภัยคุกคามในอนาคต

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมฉบับนี้ ได้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน 2568 โดยการสนับสนุนจากนายปรีดา วรหาร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม บริหารจัดการด้วยระบบของ Thai Journals Online (ThaiJO) ในรูปแบบวารสารออนไลน์อิเล็กทรอนิกส์ (E-Journal) ที่เป็นอีกช่องทางหนึ่งในการเผยแพร่ผลงานวิชาการ ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงขอเชิญชวนผู้อ่านทุกท่าน ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาองค์ความรู้ และขับเคลื่อนระบบสุขภาพของไทยให้ก้าวหน้าต่อไปด้วยพลังของวิชาการและความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยหวังว่าวารสารฉบับนี้ จะช่วยให้ผู้อ่านได้รับข้อมูลที่ทันสมัยและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งล้วนมีคุณูปการต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศต่อไปค่ะ

ดร.ศิริลักษณ์ ใจช่วง

บรรณาธิการ



สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ◆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตตำบลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
จิรวัดน์ อ่อนมณี..... e272267
- ◆ การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของประชาชนในตำบลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
จิราภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, เชี่ยมหงส์ พรหมประกาย..... e268378
- ◆ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ จังหวัดนครพนม
มนสิชา ตั้งไพบูลย์..... e272216
- ◆ การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้พัฒนาการเด็กปฐมวัย
แบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และครูศูนย์เด็กเล็ก โรงพยาบาลท่าอุเทน
อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม
กาญจนา จุฑาณิชาญาณ์ e271806
- ◆ การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก
วินัย ชาวเชียงตุง..... e273316

คำแนะนำและการเตรียมส่งต้นฉบับ



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตตำบลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
Factor related of Herbal Therapy in Type 2 Diabetes at Primary Care Unit
in Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province.

จิรวัดน์ อ่อนมณี*

Jirawat Ornmanee*

Corresponding author E-mail: Jirawatmd37@gmail.com

(Received : November 27, 2024 / Revised : 30 January, 2024 / Accepted : 7 February, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยแบบตัดขวางเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สมุนไพรและสถานการณ์การใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตตำบลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 75 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว Chi-Square Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้สมุนไพรในการรักษาเบาหวานร้อยละ 42.7 แหล่งที่มาเป็นญาติหรือคนรู้จักแนะนำ ร้อยละ 50 ตัวอย่างสมุนไพรที่ใช้ คือ มะระขี้นก ร้อยละ 56.3 เคยมีผลข้างเคียงจากการใช้ ร้อยละ 12.5 ไม่แน่ใจปริมาณของสมุนไพรที่ชัดเจน ร้อยละ 46.8 ไม่แน่ใจในผลหลังการใช้สมุนไพร ร้อยละ 46.8 และไม่แน่ใจจะแนะนำการใช้สมุนไพรต่อคนอื่น ร้อยละ 62.5 ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้สมุนไพร มีเหตุผลเพราะการใช้ยาแผนปัจจุบันนั้นดีอยู่แล้ว ร้อยละ 34.8 ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างการใช้หรือไม่ใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลสะสมไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการใช้สมุนไพรแก่ผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ: เบาหวาน; สมุนไพร; สัตว์สวน; ปัจจัย

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสงคราม



Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to examine factors associated with the use of herbal medicine and the situation of herbal use among patients with type 2 diabetes in the area of a community health center in Sri Songkhram Subdistrict, Nakhon Phanom Province. Data were collected from 75 type 2 diabetic patients using a questionnaire. Statistical analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and a Chi-Square test, with a significance level of 0.05.

The results showed that 42.7% of the participants used herbal medicine for diabetes treatment. Among them, 50% were introduced to herbal use by relatives or acquaintances. The most commonly used herb was Bitter Gourd (56.3%). Additionally, 12.5% had experienced side effects from using herbs, while 46.8% were unsure about the appropriate dosage. Another 46.8% were uncertain about the effectiveness of herbal treatment, and 62.5% were unsure whether they would recommend herbal medicine to others. Among those who did not use herbal medicine, the main reason (34.8%) was satisfaction with conventional medicine. No significant factors were found to be associated with the use or non-use of herbal medicine for diabetes treatment. There was no statistically significant difference in cumulative blood sugar levels. Therefore, public health personnel should provide accurate knowledge and understanding regarding the use of herbal medicine for diabetic patients.

Keyword: Diabetes mellitus; Herbal medicine; Proportion; Factors

* Medical Doctor, Professional Level., Sri Songkhram Hospital



บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยที่สุด มากกว่าร้อยละ 5 ขึ้นไป ในประชาชนไทยวัย 30 ถึง 60 ปี เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่อนาคตจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจสุขภาพคนไทยครั้งที่ 7 ปี พ.ศ. 2565 พบความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 หรือจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณ 5 ล้านคน เสียชีวิต 4 ล้านคน/ปี¹ ผู้ป่วยเบาหวาน จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตตำบลศรีสงคราม โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม พบว่าในปี 2567 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตักผู้ป่วยนอก เท่ากับ 75 คน ระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 70 – 130 mg% จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 26 ระดับน้ำตาลสะสม ล่าสุดหรือ HbA1c $\leq 7\%$ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.3

ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2556) สำรวจการใช้สมุนไพร พบว่า ประชาชนทั่วไป ร้อยละ 41.6 ตอบว่าไม่รู้จักและไม่เคยใช้ ที่รู้จักแต่ไม่เคยใช้ร้อยละ 36.5 ส่วนประชาชนที่รู้จักและเคยใช้ ร้อยละ 21.9² สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีฤทธิ์ในการควบคุมน้ำตาล พบว่า มีงานวิจัยทดลองทั้งหมด 108 ครั้ง ซึ่งใช้สมุนไพร 36 ชนิด มีหลักฐานยืนยันประสิทธิภาพของสมุนไพรในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 76 และผลการศึกษาพบว่า เชิงดา ว่านหางจระเข้ และมะระขี้นก เป็นพืชสมุนไพรที่มีงานวิจัยรองรับ³ ซึ่งกลไกการออกฤทธิ์ พบว่าสมุนไพรมี 4 กลไกสำคัญ คือ เพิ่มการหลั่งอินซูลิน ลดการดูดกลับน้ำตาลในไต ลดการดูดซึมน้ำตาลในลำไส้ ลดการสร้างน้ำตาลในตับ⁴ นอกจากนี้ในไทยยังพบสมุนไพรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ใบย่านาง มะรุม ขมิ้นชัน ใบมะยม ดอกคำฝอย ฟ้ายะลวยโจร ใบเตย รากจัด เห็ดหลินจือ รากเตย ใบเตย ต้นบอระเพ็ด ว่านชักมดลูก หัวสามสิบ รากต้นจ๊า ตะไคร้ แปะตำลึง⁵⁻⁸

พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 43 ต้องการการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพรเพื่อรักษาเบาหวาน⁹ และบางรายงานพบว่าผู้ป่วยใช้สมุนไพรมากกว่ายาแผนปัจจุบันในการรักษา¹⁰ โดยจะขอคำแนะนำจากเพื่อน ครอบครัว รวมถึงหมอพื้นบ้านและสื่อช่องทางต่าง ๆ^{10,11} และมักจะตัดสินใจรักษาโดยพิจารณาจากประสบการณ์ส่วนตัวซึ่งเป็นการลองผิดลองถูก^{6,11} บางรายเลือกใช้ยาสมุนไพรเนื่องจากความเชื่อทางศาสนา ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคเบาหวาน⁸ นอกจากนั้นยังพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่แนะนำการใช้ยาสมุนไพรเนื่องจากขาดความรู้และกังวลเกี่ยวกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ และปฏิกิริยาระหว่างยาที่อาจเกิดขึ้นได้¹² ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนเขตตำบลศรีสงครามยังไม่เคยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การใช้สมุนไพรและสถานการณ์การใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 จึงเป็นที่มาของงานวิจัยครั้งนี้



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2
2. สถานการณ์การใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตตำบลศรีสงคราม

อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในเขตพื้นที่บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตตำบลศรีสงคราม โรงพยาบาลศรีสงคราม จำนวนทั้งหมด 75 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ โดยไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ทั้งชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และป่วยเป็นเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี
2. เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตตำบลศรีสงคราม โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
3. เป็นผู้ที่ระดับการรู้สีกตัวดี สามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้ปกติ และยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ไม่สามารถมารับการรักษาได้ด้วยตนเอง
2. ผู้ที่อยู่ระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล
3. ผู้ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้ที่มีความพิการทางสายตาและการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการวิจัยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป คือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส โรคที่พบร่วมหรือโรคแทรกซ้อน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผลค่าน้ำตาลสะสมหรือ HbA1c ครั้งล่าสุด ไม่เกิน 3 เดือน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้ยาสมุนไพร เคยใช้สมุนไพรเพื่อรักษาเบาหวานหรือไม่ เหตุผลที่ใช้ยาสมุนไพรในการรักษาเบาหวาน เพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่ ปัจจุบันยังใช้ยาสมุนไพรหรือไม่ ระยะเวลาการใช้ยาสมุนไพร ชนิดของสมุนไพรที่ใช้ แหล่งที่มาของการใช้สมุนไพร แหล่งที่มาของสมุนไพร อยู่ในเขตอำเภอศรีสงคราม ใช่หรือไม่ รูปแบบสมุนไพรที่ใช้เป็นแบบใด ทราบปริมาณชัดเจนของปริมาณสมุนไพรหรือไม่เคยมีผลข้างเคียงที่ได้รับจากการใช้สมุนไพรหรือไม่ ค่าใช้จ่ายของการใช้สมุนไพร ท่านคิดว่าหลังจากใช้สมุนไพร ทำให้ระดับน้ำตาลดีขึ้นหรือไม่ ท่านจะแนะนำการใช้สมุนไพรต่อคนอื่นหรือไม่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรักษาเบาหวาน ขณะที่ท่านรักษาเบาหวาน ได้ควบคุมปัจจัยเหล่านี้หรือไม่ ออกกำลังกาย การควบคุมอาหารโดยเฉพาะพวกคาร์โบไฮเดรต การผ่อนคลาย ลดความเครียด ในปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวอื่น ๆ หรือไม่ เหตุผลมากที่สุดที่ไม่เลือกใช้สมุนไพรเพื่อรักษาเบาหวาน

ซึ่งทั้งสามส่วน เป็นแบบสอบถามปรนัยที่มีคำถามให้เลือกตอบ (Multiple choice questions) และมีบางคำถาม เป็นคำถามปลายเปิด ตอบได้อย่างอิสระ

เครื่องมือแบบสอบถามได้มีการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ ใช้การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความเหมาะสมด้านภาษา การเรียงลำดับคำถาม เวลาที่ใช้ในการตอบ โดยมีค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) ตั้งแต่ 0.50-1.00 ซึ่งมีความเที่ยงตรงใช้ได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขและทดลองใช้แบบสอบถามกับอาสาสมัครจำนวน 30 คน ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตตำบลศรีสงคราม โรงพยาบาลศรีสงคราม แบบสอบถาม และตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหา ทดสอบคุณภาพและความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81



การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 6 พฤศจิกายน ถึง วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ก่อนเริ่มทำการศึกษา ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

2) ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยนอกศูนย์สุขภาพ ชุมชนเขตตำบลศรีสงคราม โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม จากหัวหน้าส่วนราชการโรงพยาบาล ศรีสงคราม

3) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มประชากรตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

4) ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

5) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ตอบแบบสอบถาม ตามเครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

6) หลังจากผู้ป่วยให้ข้อมูลการวิจัยเสร็จจะมีการตรวจรักษาโรคและให้ยารักษาโรคและนัดติดตาม การรักษาตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด(Min) ค่าสูงสุด(Max) วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ Chi-square Test, Fisher's Exact Test กำหนดค่า P-value < 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับ มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม หนังสือรับรองโครงการเลขที่ 092/67 รับรอง ณ วันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 เพศชาย ร้อยละ 46.6 ซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.6 มากที่สุด ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อปี คือ น้อยกว่า 50,000 บาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 44 โรคที่พบร่วมกับเบาหวานส่วนใหญ่พบความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.7 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 33.3 และระยะเวลาที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ 6-10 ปี ร้อยละ 33.3 และระยะเวลามากกว่า 11 ปี ร้อยละ 32 ตามลำดับ ระดับน้ำตาลสะสมส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 7.0-7.4 ร้อยละ 37.3 เมื่อนำข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมวิจัยมาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาเบาหวาน ประเภทที่ 2 ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างการใช้หรือไม่ใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน หรือมี P-value < 0.05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยเบาหวานกับการใช้ยาสมุนไพร

ข้อมูลทั่วไปของ ผู้ป่วยเบาหวาน	จำนวนทั้งหมด n=75 คน(ร้อยละ)	ใช้สมุนไพร n=32 คน(ร้อยละ)	ไม่ใช้สมุนไพร n=43 คน(ร้อยละ)	χ^2	P-value
เพศ				0.245	0.460
ชาย	35(46.6)	15(46.8)	20(46.5)		
หญิง	40(53.4)	17(53.2)	23(53.5)		
อายุ				1.042	0.842
ค่าเฉลี่ย±ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน		59.7±6.8	62.3±11.6		
อาชีพ				0.657	0.845
เกษตรกร	25(33.3)	11(34.4)	14(32.6)		
ธุรกิจส่วนตัว	15(20)	6(18.7)	9(20.9)		
อื่นๆ	18(24)	8(25)	10(23.3)		
รับจ้าง	12(16)	5(15.6)	7(16.3)		
รับราชการ	5(6.7)	2(6.3)	3(6.9)		

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยเบาหวานกับการใช้ยาสมุนไพร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยเบาหวาน	จำนวนทั้งหมด n=75 คน(ร้อยละ)	ใช้สมุนไพร n=32 คน(ร้อยละ)	ไม่ใช้สมุนไพร n=43 คน(ร้อยละ)	χ^2	P-value
การศึกษา				0.610	0.674
ต่ำกว่าประถมศึกษา	5(6.6)	2(6.25)	3(6.98)		
ประถมศึกษา	30(40)	12(37.5)	18(41.9)		
มัธยมศึกษา	23(30)	10(31.25)	13(30.2)		
ปริญญาตรี	15(20)	7(21.9)	8(18.62)		
ปริญญาโท	2(2.7)	1(3.1)	1(2.3)		
รายได้ต่อปี(บาท)				3.875	0.745
ต่ำกว่า 50,000	33(44)	15(46.9)	18(41.9)		
50,001-100,000	20(26.7)	8(25)	12(27.9)		
100,001 ขึ้นไป	22(29.3)	9(28.1)	13(30.2)		
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน		115,461.68± 121,685.34	122,461.45± 134,454.25		
โรคที่พบร่วมกับ เบาหวาน				0.714	0.698
ความดันโลหิตสูง	35(46.7)	15(46.9)	20(46.5)		
ไขมันในเลือดสูง	25(33.3)	11(34.4)	14(32.6)		
โรคเกาต์	1(1.3)	0(0)	1(2.3)		
โรคหัวใจ	2(2.7)	0(0)	2(4.65)		
อื่นๆ	12(16)	6(18.7)	6(13.95)		
ระยะเวลาที่เป็น เบาหวาน				1.152	0.825
ต่ำกว่า 1 ปี	3(4)	1(3.1)	2(4.7)		
1-5 ปี	23(30.7)	9(28.1)	14(32.5)		
6-10 ปี	25(33.3)	11(34.4)	14(32.5)		
11 ปีขึ้นไป	24(32)	11(34.4)	13(30.3)		



ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยเบาหวานกับการใช้ยาสมุนไพร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยเบาหวาน	จำนวนทั้งหมด n=75 คน(ร้อยละ)	ใช้สมุนไพร n=32 คน(ร้อยละ)	ไม่ใช้สมุนไพร n=43 คน(ร้อยละ)	χ^2	P-value
ค่าน้ำตาลสะสม หรือ HbA1C ล่าสุด (ภายใน3เดือน)				1.241	0.761
ต่ำกว่า 7.0	10(13.3)	4(12.5)	6(13.95)		
7.0-7.4	28(37.3)	12(37.5)	16(37.2)		
7.5-7.9	19(25.3)	8(25)	11(25.6)		
8.0-8.4	11(14.7)	5(15.6)	6(13.95)		
8.5 ขึ้นไป	7(9.3)	3(9.4)	4(9.3)		

จากผลการศึกษาในส่วนข้อมูลการใช้สมุนไพร พบว่า ไม่เคยใช้สมุนไพรในการรักษา 43 คน คิดเป็นร้อยละ 57.3 เคยใช้สมุนไพร 32 คน คิดเป็นร้อยละ 42.7 เหตุผลที่ใช้สมุนไพรในการรักษาเบาหวานเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 67.5 ปัจจุบันยังใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 31.3 ระยะเวลาการใช้ยาสมุนไพรมากที่สุดคือช่วง 1-3 เดือน ร้อยละ 31.3 ความสม่ำเสมอในการใช้สมุนไพร มากที่สุดคือ 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 50 และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการลดระดับน้ำตาลในเลือด สมุนไพรที่ใช้ส่วนใหญ่เป็น มะระขี้นก ขมิ้นชัน ตำลึง ว่าน คิดเป็นร้อยละ 56.3 56.2 46.9 และ 43.7 ตามลำดับ แหล่งที่มาของการใช้สมุนไพร ส่วนใหญ่ญาติหรือคนรู้จักแนะนำ คิดเป็นร้อยละ 50 โฆษณาทางสื่อ ร้อยละ 37.5 และปลูกเอง ร้อยละ 31.5 แหล่งที่มาของสมุนไพรอยู่ในเขตอำเภอศรีสงคราม คิดเป็นร้อยละ 68.7 รูปแบบสมุนไพรที่เป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปคิดเป็นร้อยละ 56.3 ไม่พบอาการข้างเคียงจากการใช้สมุนไพรคิดเป็นร้อยละ 87.5 ค่าใช้จ่ายของการใช้สมุนไพร 0-500 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 43.7 ผู้ป่วยคิดว่าหลังการใช้สมุนไพรไม่แน่ใจจะดีขึ้นมีมากถึง ร้อยละ 46.8 และไม่แน่ใจจะแนะนำการใช้สมุนไพรต่อคนอื่น คิดเป็นร้อยละ 62.5 สำหรับเหตุผลที่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่ใช้สมุนไพรเพื่อรักษาเบาหวาน มากที่สุดคือ คิดว่าการใช้ยาแผนปัจจุบันนั้นดีอยู่แล้ว ร้อยละ 34.8 (ดังตารางที่ 2 และ 3)



ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้สมุนไพร (n=32)

ข้อมูลการใช้สมุนไพร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เคยใช้สมุนไพรหรือไม่		
ไม่ใช่	43	57.3
ใช่	32	42.7
เหตุผลที่ใช้สมุนไพรเพื่อลดน้ำตาลหรือไม่		
ไม่ใช่	12	32.5
ใช่	20	67.5
ปัจจุบันยังใช้สมุนไพรหรือไม่		
ไม่ใช่	22	68.7
ใช่	10	31.3
ระยะเวลาการใช้สมุนไพร		
ต่ำกว่า 1 เดือน	5	15.6
1-3 เดือน	10	31.3
4-6 เดือน	6	18.8
7-9 เดือน	5	15.6
10-12 เดือน	4	12.5
มากกว่า 12 เดือนขึ้นไป	2	6.2
ความสม่ำเสมอในการใช้		
ทุกวัน	4	12.5
1-3 วันต่อสัปดาห์	16	50
4-6 วันต่อสัปดาห์	12	37.5
สมุนไพรที่ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
มะระขี้นก	18	56.3
มะรุม	8	25
ย่านาง	8	25
ว่าน	14	43.7
ตำลึง	15	46.9
ขมิ้นชัน	18	56.2



ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้สมุนไพร (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลการใช้สมุนไพร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
บอระเพ็ด	5	15.6
กัญชา	8	25
แหล่งที่มา(ตอบได้มากกว่า1ข้อ)		
โรงพยาบาล	5	15.6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	6	18.7
ร้านค้าท้องถิ่น	2	6.2
ร้านสะดวกซื้อ	5	15.6
โฆษณาทางสื่อ	12	37.5
ญาติหรือคนรู้จัก	16	50
ปลูกเอง	10	31.5
วัด	6	18.7
แหล่งที่มาของสมุนไพรอยู่ในอำเภอศรีสงครามหรือไม่		
ไม่ใช่	10	31.3
ใช่	22	68.7
รูปแบบการใช้สมุนไพรคือแบบใด		
นำมาปรุงเอง	14	43.7
ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป	18	56.3
ทราบปริมาณชัดเจนของปริมาณสมุนไพรหรือไม่		
ทราบ	5	15.6
ไม่ทราบ	12	37.6
ไม่แน่ใจ	15	46.8
เคยมีผลข้างเคียงหรือไม่		
ไม่มี	28	87.5
มี	4	12.5



ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้สมุนไพร (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลการใช้สมุนไพร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาการผลข้างเคียง (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)		
คลื่นไส้อาเจียน	2	25
ท้องผูก	0	12.5
ท้องเสียถ่ายเหลว	0	0
ปวดศีรษะ	2	25
วิงเวียน หน้ามืด	2	25
ผื่น/ตุ่มขึ้น	1	12.5
หายใจไม่อึด เหนื่อยเพลีย	2	37.5
ค่าใช้จ่ายการใช้สมุนไพร (บาทต่อเดือน)		
น้อยกว่า 500	14	43.7
501-1,000	10	31.3
1001-1,500	6	18.7
มากกว่า 1,501 ขึ้นไป	2	6.3
คิดว่าผลหลังใช้สมุนไพร		
ดีขึ้น	10	31.3
แย่ลง	2	6.2
เท่าเดิม	5	15.7
ไม่แน่ใจ	15	46.8
ท่านจะแนะนำการใช้สมุนไพรหรือไม่		
แนะนำ	10	31.3
ไม่แนะนำ	2	6.2
ไม่แน่ใจ	20	62.5



ตารางที่ 3 ข้อมูลการไม่ใช้สมุนไพร (n=43)

เหตุผลมากที่สุดที่ไม่เลือกใช้สมุนไพร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
กลัวผลข้างเคียง	10	23.2
ไม่ทราบชนิดสมุนไพร	5	11.6
กลัวไต่สาย	6	13.9
ไม่รู้แหล่งจำหน่าย	2	4.6
ใช้ยาแผนปัจจุบันอยู่แล้ว	15	34.8
แพทย์ไม่แนะนำ	5	11.6

ขณะที่รับการรักษาเบาหวานได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 80.6 ออกกำลังกายแบบเบา คิดเป็นร้อยละ 62.9 ความถี่ของการออกกำลังกาย 1-3 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 53.2 ได้ทำกรควบคุมอาหารโดยเฉพาะพวกคาร์โบไฮเดรต คิดเป็นร้อยละ 81.3 มีการผ่อนคลายความเครียด คิดเป็นร้อยละ 100 และในปัจจุบันมียาโรคประจำตัวร่วมกับเบาหวานมากที่สุดคือ ยาความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 62.5 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนการรักษาเบาหวานสำหรับผู้ที่ใช้สมุนไพร (n=32)

ข้อมูลการรักษาเบาหวาน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ออกกำลังกาย		
ไม่ทำ	12	19.4
ทำ	20	80.6
ระดับการออกกำลังกาย		
เบา	20	62.9
ปานกลาง	11	35.5
มาก	1	1.6
ความถี่การออกกำลังกาย (วันต่อสัปดาห์)		
1-3	17	53.2
4-6	10	31.2
ทุกวัน	5	15.6



ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนการรักษาเบาหวานสำหรับผู้ที่ใช้สมุนไพร (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลการรักษาเบาหวาน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การควบคุมคาร์โบไฮเดรต		
ไม่ทำ	6	18.7
ทำ	26	81.3
การผ่อนคลายลดความเครียด		
ทำ	32	100
ไม่ทำ	0	0
ยาที่รับประทานร่วมกับโรคเบาหวาน (ตอบได้มากกว่า1ข้อ)		
ความดันโลหิตสูง	20	62.5
ไขมันในเลือดสูง	15	46.8
โรคไตเสื่อม	0	0
โรคเกาต์	1	3.1
โรคหัวใจ	1	3.1
อื่นๆ	8	25

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 เพศชาย ร้อยละ 46.6 พบว่า เพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานของสำนักกระบาลวิทยา สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข¹³ ค่าเฉลี่ยของอายุผู้ป่วยที่ใช้สมุนไพร ช่วงอายุ 59.7 ± 6.8 ปี ถือเป็นค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่าง⁹ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยมานาน มักมีประสบการณ์ต่อการกินสมุนไพร เกิดการเรียนรู้และสร้างความหวังที่จะหายจากการเจ็บป่วย¹⁴ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ป่วยนานหรือเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาหายยากจะมีแนวโน้มที่จะแสวงหาบริการอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากระบบการรักษาปกติหรือการแพทย์สมัยใหม่¹⁵

การใช้สมุนไพรพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยใช้สมุนไพรร่วมเพื่อรักษาเบาหวานควบคู่กับการกินยาแผนปัจจุบัน มีจำนวนร้อยละ 42.7 ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา อุทยานินทร์ (2553)⁵, พัชรี ประทุมแย้มและนุรีดา จิ๋ว (2554)¹⁶, เลิศมณฑน์ฉัตร อัครวาทิน สุรงค์ เมรานนท์และสุทิตี ชัตติยะ (2554)¹⁷

และเหตุผลที่ใช้สมุนไพรในการรักษาเบาหวานเพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดร้อยละ 70.6 ตรงกับ Mahmoud A. Alzaharani (2022)¹⁸ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 67.5 ใช้สมุนไพรเพื่อจุดประสงค์ในการลดระดับน้ำตาล ผู้ป่วยคิดว่าหลังการใช้สมุนไพรมีอาการดีขึ้นร้อยละ 31.3 Tugba Baser (2018)¹⁹ พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากชอบผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร เพราะเชื่อว่าผลิตภัณฑ์เหล่านี้เป็นธรรมชาติและไม่เป็นอันตราย สมุนไพรที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นมะระขี้นก คิดเป็นร้อยละ 56.3 สอดคล้องกับ Yeh gy. และคณะ (2003)³ ที่ระบุว่ามะระขี้นกเป็นสมุนไพรที่มีงานวิจัยรองรับจำนวนมาก มะระขี้นก คิดเป็นร้อยละ 25 สอดคล้องกับ Girma Deshimo Lema, (2024)⁷ ประเทศเอธิโอเปีย ใช้ยาสมุนไพรมะระ ร้อยละ 33.5 อื่น ๆ ได้แก่ ย่านาง ว่าน ผักตำลึงและขมิ้นชัน คิดเป็นร้อยละ 25, 43.7, 46.9 และ 56.2 ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดมีกลไกและประสิทธิภาพที่ได้รับการยอมรับและมีเอกสารการวิจัยชัดเจน²⁰

แหล่งที่มาของการใช้สมุนไพรของกลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติหรือคนรู้จักแนะนำ คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาเป็น โฆษณาทางสื่อ ร้อยละ 37.5 ซึ่งตรงกับ Shraddha Sriraman (2023)¹² และ Aljawharah Alqathama (2022)¹⁸ ในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรจากครอบครัว เพื่อนฝูง และโซเชียลมีเดีย และพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากร้อยละ 71.4 มีการบอกเล่าต่อ ๆ กันระหว่างถึงประสิทธิผลของยาและการไม่เกิดผลข้างเคียงต่อร่างกาย มัลลิกา เขมา (2551)²¹ พบว่า มีเพียงร้อยละ 15.6 ที่โรงพยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยใช้สมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน สอดคล้องกับ Aljawharah Alqathama (2022)¹⁸ ในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า มีเพียงแพทย์ 25% จะมีมุมมองเชิงบวกต่อยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน และสอดคล้องกับผลสำรวจ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2556)² พบว่าประชาชนร้อยละ 94.9 ระบุว่า ไม่เคยได้รับยาแผนไทยจาก การตรวจด้วยแพทย์แผนปัจจุบันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมีเพียงร้อยละ 5.1 โดยยาแผนไทยที่ได้รับจากการตรวจด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

รูปแบบสมุนไพรที่ใช้ส่วนใหญ่พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้นามาปรุงเอง คิดเป็นร้อยละ 43.7 ซึ่งสมุนไพรเป็นผักพื้นบ้านและใช้เป็นอาหารในครัวเรือนเป็นประจำอยู่แล้ว สามารถที่จะปลูกและปรุงได้เอง จึงทำให้ง่ายและสะดวกต่อการใช้ (ณรงค์ มูลคำ (2553)²² ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่แน่ใจเรื่องผลจากหลังการใช้สมุนไพรมากถึงร้อยละ 46.8 ซึ่งอาจจะด้วยเหตุผลที่ไม่เต็มใจที่จะปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ จึงเป็นการลองผิดลองถูก^{6,12} ค่าใช้จ่ายของการใช้สมุนไพร 0-500 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.7 และ 501-1000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 31.3 ทั้งนี้ ยังสอดคล้องผลการศึกษาที่บอกว่า สมุนไพรหลายอย่างไม่เป็นภาระเรื่องค่าใช้จ่าย เนื่องจากสามารถปลูกได้เองในชุมชน สอดคล้องกับ Ibrahim El Bayoumy (2022)²³ ในคูเวต ที่พบว่า ยาสมุนไพรส่วนใหญ่เป็นผลิตภัณฑ์จากพืชที่ราคาไม่แพงและหาซื้อได้ทั่วไปในท้องถิ่น การแนะนำการใช้สมุนไพร

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่แน่ใจจะแนะนำการใช้สมุนไพรต่อคนอื่น คิดเป็นร้อยละ 62.5 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยได้²³

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ค่าระดับน้ำตาลสะสมหรือ HbA1c ไม่พบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างการใช้หรือไม่ใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน หรือมี P-value < 0.05 โดยเฉพาะเรื่องค่าระดับน้ำตาลสะสมหรือ HbA1c ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับ ฤทธิชัย พิมปา (2014)⁸ แต่แตกต่างจาก Girma Deshimo Lema (2024)⁷ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้สมุนไพร ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช้สมุนไพร และแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศ คูเวต ที่พบว่า ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 71 ที่ใช้สมุนไพร มีการควบคุมน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี และความถี่ของ ภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบธรรมดาที่ไม่ใช้สมุนไพร ซึ่งปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ชนิดสมุนไพร ความเชื่อ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ทำให้ผลการวิจัยวิจัยนี้แตกต่างกัน²

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ได้ใช้สมุนไพรในการรักษาเบาหวานถึงร้อยละ 42.7 โดยการใช้ สมุนไพรมาจากการแนะนำจากเพื่อน คนใกล้ชิด สื่อโฆษณา เป็นส่วนใหญ่ และจุดประสงค์การใช้สมุนไพร เพื่อต้องการลดระดับน้ำตาลในเลือด แต่ยังไม่แน่ใจในประสิทธิภาพของสมุนไพร และไม่แน่ใจที่จะแนะนำการใช้ สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้สมุนไพรส่วนใหญ่ มีระดับน้ำตาลสะสมอยู่ในเกณฑ์ ที่ควบคุมได้ดีและไม่พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ด้านการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิที่สามารถนำไปใช้ คือ หากจะมีการแนะนำให้มีการใช้สมุนไพรมากขึ้น คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแนวทางที่สำคัญ และการใช้สมุนไพรเพื่อเป็นการรักษาร่วมกับการรักษาด้วยยา ถือเป็นการแพทย์ทางเลือกที่ประชาชนสามารถ เตรียมเองทำให้ลดค่าใช้จ่ายได้ หากแต่ต้องให้ได้ข้อมูลทางการแพทย์ที่แสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผล ของสมุนไพรในเชิงประจักษ์นั้น ทั้งผลการลดระดับน้ำตาลที่ชัดเจน และไม่เป็นอันตรายของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งต้องมีการศึกษาวิจัยมากกว่านี้ เพื่อที่จะศึกษาวิจัยสร้างองค์ความรู้การใช้สมุนไพรเพื่อรักษาเบาหวานของผู้ป่วย สำหรับแต่ละท้องถิ่น เนื่องจากความแตกต่างของพื้นที่ภูมิลำเนา ทรัพยากร สภาพอากาศ และสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความเชื่อต่าง ๆ รวมถึงการศึกษาวิจัยในอนาคตที่ควรจะมีการติดตามตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น ค่าความดันโลหิต ค่าไต ผลข้างเคียง น้ำหนักตัวหรือดัชนีมวลกายร่วมด้วยในกลุ่มประชากรเหล่านี้ เพื่อศึกษาถึงผลทางคลินิกด้านอื่น ๆ ของสมุนไพร



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลศรีสงคราม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถานการณ์เบาหวาน.[อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.diabassocthai.org>.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองด้วยแพทย์แผนไทย และสมุนไพรของครัวเรือน. [อินเทอร์เน็ต] 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach/11617/15921.pdf
3. Yeh GY, Eisenberg DM, Kaptchuk TJ, Phillips RS. Systematic Review of herbs and dietary supplements for glycemic control in diabetes. Diabetes care 2003; 26(4): 1277–94.
4. Ahda M, Jaswir I, Khatib A, Ahmed QU, Mahfudh N, Ardini YD. A review on selected herbal plants as alternative anti-diabetes drugs chemical compositions, mechanisms of action, and clinical study. Int. J Food Prop 2023; 26(1):1414–25.
5. วิภา อุทยานินทร์, เสาวนันท บำเรอราช, กาญจนา นิมสนุทธ. พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการ ลดระดับน้ำตาล ในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน: ข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่ การพัฒนาระบบบริการเบาหวาน ในอำเภอห้วยแถลง. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556;1(1):11-23.
6. ธรรมศักดิ์ สายแก้ว, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, สุนันทา ศรีศิริ, สมฤดี สายหยุดทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน กรุงเทพฯ 2566; 5(1):47-57.
7. Lema GD, Gebeyaw ED, Yferu ZA, Mulatu SF, Dagnaw AB, Aydagnum GB, et al. Herbal medicine use and its impact on glycemic control among diabetes patients at governmental hospitals in Debre Berhan, Ethiopia: A cross-sectional study. Metabol Open [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 1]; 23(100311):100311. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589936824000434>



8. ฤทธิชัย พิมปา, มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิม, สุปรียา ตันสกุล. พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกาญจนบุรี.วารสารวิทยาลัยราชชนนี กรุงเทพ 2557;30(3):14-25.
9. Utomo AW, Annisaa E, Antari AL, Armalina D. The use of herbal medicines in patients with type-2 diabetes mellitus in indonesia. Sains Medika: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan 2022; 13(1):12-17.
10. Kamel FO, Magadmi RM, Hagraas MM, Magadmi B, AlAhmad RA. Knowledge, attitude, and beliefs toward traditional herbal medicine use among diabetics in Jeddah Saudi Arabia. ComplementarClinicalPractice 2017; 29:207–12.
11. Alqathama A, Alluhiabi G, Baghdadi H, Aljahani L, Khan O, Jabal S, et al. Herbal medicine from the perspective of type II diabetic patients and physicians: what is the relationship? BMC Complement Med Ther 2020; 20(1): 65.
12. Sriraman S, Sreejith D, Andrew E, Okello I, Willcox M. Use of herbal medicines for the management of type 2 diabetes: A systematic review of qualitative studies. ComplementarClinicalPractice 2023; 53:101808.
13. กองระบาศ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.[อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news>.
14. บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, ต้ม บุญรอด, วิชชาดา สิมลา. ปัจจัยที่มีผลการใช้สมุนไพรในการดูแล สุขภาพเบื้องต้น. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2555; 7(2):25-37.
15. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. USA: Berkeley University. The Journal of Asian Studies 1981; 40(2):332–4.
16. พัชรี ประทุมแย้ม, นูรีดา จิņu. การดูแลตนเองและการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี.[อินเทอร์เน็ต].2554 [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaimed.buu.ac.th/file%20downlode/research/3.pdf>



17. เลิศมณฑน์ฉัตร อัครวาทีน, สุรางค์ เมรานนท์, สุทธิติ ชัตติยะ. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาผู้ป่วย ตำบลม่วงงาม อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2554; 5(1):103-12.
18. Alzahrani MA, Alsiary KA, Khan MA, Bushnaq A, Alzahrani B, Salama M, et al. Perception of herbs use in treating diabetes among patients attending specialized polyclinics of National Guard Health Affairs, Jeddah. J Family med prim Care 2023; 12:270-5.
19. Baser T, Aypak C, Gorpelioglu S. Use of herbal products in type 2 diabetes mellitus patients. Fammed care [Internet]. 2018 [cited 2024 Nov 1]; 1(1). Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/4d0b79c113e43751d19e0110399e5f69fb52e38c>
20. Andrade C, Gomes NGM, Duangsrissai S, Andrade PB, Pereira DM, Valentão P. Medicinal plants utilized in Thai traditional medicine for diabetes treatment: Ethnobotanical surveys, scientific evidence and phytochemicals. J Ethnopharmacol 2020; 263:113177.
21. มัลลิกา เขมา. การใช้พืชสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลพระอาจารย์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
22. ณรงค์ มูลคำ. ปลูกผักพื้นบ้าน อาหาร- ยาต้านโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: แชนโทรฟรินติง; 2553.
23. El-bayoumy I, Dawod W. Herbal use and perceptions among patients with type 2 diabetes mellitus in Kuwait. Journal of diabetes mellitus 2022; 12:50-62.



การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของประชาชนในตำบลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
Health Perception and Prevention behavior to ward Coronavirus 2019
infections of people in Sri Songkhram subdistrict
Sri Songkhram district, Nakhon Phanom province.

จิราภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา* เชี่ยมหงส์ พรหมประกาย**

Jiraporn Isarangkun Na Ayutthaya* Siamhong Prompakai**

E-mail: Siamhong551@gmail.com

(Received : April 22, 2024 / Revised : December 26, 2024 / Accepted : February 14, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

รูปแบบการวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง

วัสดุและวิธีการวิจัย: : กลุ่มตัวอย่างประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 364 คน ใช้แบบสอบถามมาตรวัด 3 ระดับ
มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: ลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.10 อายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 33.20
อายุเฉลี่ย 39.76 ± 13.38 ครอบครัวไม่มีบุคคลกลุ่มเปราะบาง ร้อยละ 72.00 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค
คะแนนเฉลี่ย 2.77 ± 0.48 การรับรู้ความรุนแรงของโรคคะแนนเฉลี่ย 2.49 ± 0.55 การรับรู้ภาวะคุกคามคะแนนเฉลี่ย
 2.74 ± 0.48 การรับรู้สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติคะแนนเฉลี่ย 2.71 ± 0.52 การรับรู้ประโยชน์ของการ
ป้องกันโรคคะแนนเฉลี่ย 2.69 ± 0.52 และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคคะแนนเฉลี่ย 2.77 ± 0.44 ซึ่งอยู่ในระดับมาก
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คะแนนเฉลี่ย 2.53 ± 0.51 อยู่ในระดับสูง

สรุปและข้อเสนอแนะ: การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง
ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบการสร้างการเรียนรู้ในการป้องกันตนเองและชุมชนลดการแพร่กระจายเชื้อ
ในชุมชนและการใช้ชีวิตตามวิถีวิถีใหม่ต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมป้องกันตนเอง; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

*นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม



Abstract

Purpose: This study aimed to examine the perception and preventive behaviors regarding coronavirus disease 2019 (COVID-19) among people in Sri Songkhram Subdistrict, Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province.

Study Design: A cross-sectional survey study was conducted between September to December 2023.

Materials and Methods: The study included a sample of 364 individuals aged 18 years and older. Data were collected using a self-administered questionnaire level 3, which had a reliability coefficient (Cronbach's Alpha) of 0.95. Descriptive statistics were used for data analysis.

Main Findings: The majority of participants were female (68.10%), and 33.20% were younger than 30 years old. The average age was 39.76 ± 13.38 years. A total of 72.00% of participants reported having no vulnerable individuals in their families. The mean scores for various perception factors were as follows: perceived susceptibility to infection (2.77 ± 0.48), perceived severity of the disease (2.49 ± 0.55), perceived threat level (2.74 ± 0.48), perceived cues to action (2.71 ± 0.52), perceived benefits of preventive measures (2.69 ± 0.52), and perceived barriers to prevention (2.77 ± 0.44), all of which were at a high level. The mean score for preventive behavior against COVID-19 was 2.53 ± 0.51 , which was also at a high level.

Conclusion and Recommendations: Health perception and preventive behaviors related to COVID-19 were found to be at a high level. These findings can be used to develop educational programs aimed at enhancing self-protection and community-wide prevention efforts, thereby reducing the spread of infection and promoting adaptation to the new normal lifestyle.

Keyword: health perception; protective behavior; Coronavirus 2019

*Public Health Technical Officer, Sri Songkhram Hospital, Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province

**Registered Nurse, Sri Songkhram Hospital, Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province



บทนำ

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รอบแรกในประเทศไทย พบผู้ป่วยต้องสงสัยรายแรกเมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีนอายุ 74 ปี ซึ่งเดินทางมาถึงกรุงเทพมหานคร โดยเที่ยวบินจากนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ณ วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2563 พบอัตราการติดเชื้อในประเทศไทย จำนวน 2,369 คน มีผู้เสียชีวิต 30 คน ผู้ป่วยรายใหม่ 111 คน ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี 1,250 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 101 คน ภาคเหนือ 86 คน ภาคกลาง 332 คน และภาคใต้ 409 คน¹ และจากสถิติเมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีการระบาดและมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 2,826 คน จำนวนผู้รักษาหาย 2,352 คน คิดเป็นร้อยละ 83.2 อยู่ในลำดับที่ 2 ของโลก รองจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน¹⁻² ส่วนการระบอบรอบที่ 2 ในประเทศไทยนั้น เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563² ที่ตลาดกลางกุ้ง ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ผู้ติดเชื้อมีจำนวนมาก มีการกระจายตัวออกไปหลายจังหวัด แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทยมีการควบคุมโรคอย่างเข้มข้น แต่การระบาดในประเทศไทยก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน เนื่องจากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการใช้เทคโนโลยี เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งสิ้น เช่น ตกงาน หรือถูกเลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) รวมถึงสัมผัสพื้นผิวในครอบครัวและชุมชนลดลง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป เกิดปัญหาการขาดรายได้และชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนไป

สถานการณ์การระบาดในจังหวัดนครพนม มาตรการหลักในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องกักตัวที่บ้านเป็นเวลา 14 วัน ทุกรายต้องบันทึกข้อมูลผ่าน Application NPM-COVID-19 และไทยชนะ พร้อมรายงานตัวต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT คือ อยู่ห่างไว้ (Distancing) ใส่หน้ากาก (Mask Wearing) หมั่นล้างมือ (Hand Washing) ตรวจให้ไว (Testing) และใช้ Application ไทยชนะ⁶ ด้วยสถานการณ์การระบาดอย่างกว้างขวาง และเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ปัจจุบันมีการผลิตวัคซีนขึ้นมาเพื่อเป็นการควบคุมโรค โดยอาศัยภูมิคุ้มกันหมู่ แต่ประชาชนยังคงขาดความมั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีน และการเข้าถึงวัคซีนยังเป็นปัญหาในวงกว้าง⁵ ปฏิเสธไม่ได้ว่าการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโดยใช้มาตรการป้องกันเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากที่สุด จากการศึกษาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค



แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะเป็นแนวคิดเพื่อส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันตัวเองได้ดี เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อแสดงออกถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม

ผู้ศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาการรับรู้ด้านและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในตำบลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ในช่วงที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของผู้วิจัย ทั้งนี้ผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชน⁷ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเป็นข้อมูลให้ทีมสุขภาพ สามารถเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมการป้องกันตนเอง และการใช้วิถีวิถีใหม่ในชุมชนเขตอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

วัตถุประสงค์

ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในตำบลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม จำนวนประชากรทั้งหมด 6,760 คน⁶

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ตัวแทนของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม จำนวน 364 คน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรหาขนาดตัวอย่าง⁸ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 แสดงผลการคำนวณจากสูตรใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีที่เราทราบขนาดประชากรที่ชัดเจน⁹ ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

โดยที่ N หมายถึง ขนาดประชากรทั้งหมด จำนวน 6,760 คน

Z หมายถึง กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

d หมายถึง ความแม่นยำของการประมาณ ที่ให้ผิดพลาดได้ 5% (Acceptable error = 0.05)

p หมายถึง ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรค กำหนดร้อยละ 50

q หมายถึง 1 - p



ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ตัวแทนของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม จำนวน 364 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) คือ จัดกรอบตัวอย่าง (Sampling Frame) ใส่หมายเลขตามหลังคาเรือนในพื้นที่ตามหมู่ จากนั้นจับฉลากแบบไม่ใส่คืนที่ (Lottery Method) ทำการสุ่มครัวเรือนละ ให้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ เป็นแบบสอบถาม เรื่อง การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.95 มี 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากร จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 21 ข้อ ครอบคลุมประเด็น 6 ประเด็น ได้แก่ 2.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2.2) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2.3) การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2.4) การรับรู้สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ 2.5) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 2.6) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้ เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนโดยใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้นตามแนวคิดของ (Best, 1977)¹⁰ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำคะแนนเฉลี่ย 1.68-2.33 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 7 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้ พฤติกรรม การป้องกันโรค ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรค ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน พฤติกรรม การป้องกันโรค ไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน โดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือก ในแต่ละข้อตามสภาพความเป็นจริงที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนโดยใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้นตามแนวคิดของ (Best, 1977)¹⁰ การแปลความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ คะแนนเฉลี่ย 1-1.67 หมายถึง ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับต่ำคะแนนเฉลี่ย 1.68-2.33 หมายถึง ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง



กับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 2.34–3.00 หมายถึง ระดับพฤติกรรม
การดูแลตนเองกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ประสานโดยขออนุมัติหนังสือจากโรงพยาบาลศรีสงคราม แจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อขออนุญาต
เก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล
กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตตำบลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม
จังหวัดนครพนม

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนประชากร และจำนวนครัวเรือน เขตตำบลศรีสงคราม
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล คือ วันที่ 1 กันยายน ถึง 30 ธันวาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความถี่ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ผลการวิจัย

จากการศึกษาลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.10 และเป็นเพศชาย
ร้อยละ 31.90 อายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 33.20 อายุเฉลี่ย 39 ปี (S.D=13.38) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 46.40
การศึกษาสูงสุด ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 31.60 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
ร้อยละ 33.20 รายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001–10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 40.40 ส่วนใหญ่ไม่มี
บุคคลกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครอบครัว และมีบุคคลกลุ่มเปราะบาง
ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครอบครัว ร้อยละ 10.70 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของประชาชน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม (n=364)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	116	31.90
หญิง	248	68.10
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	121	33.20
31 - 40 ปี	66	18.20
41 - 50 ปี	80	22.00
51 - 60 ปี	75	20.60
61 ปีขึ้นไป	22	6.00
$\bar{X}$ =39.76, S.D.=13.38, Min=18, Max=68		
สถานภาพการสมรส		
โสด	169	46.40
สมรส	177	48.60
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	18	5.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	22	6.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	85	23.40
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	115	31.60
อนุปริญญา/ปวส.	34	9.30
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	96	26.40
สูงกว่าปริญญาตรี	12	3.30
อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม		
นักเรียน/นักศึกษา	55	15.10
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	121	33.20
รับจ้าง	96	26.40
ค้าขาย	53	14.60
ธุรกิจส่วนตัว	39	10.70



ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของประชาชน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม (n=364) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	52	14.30
5,001 – 10,000 บาท	147	40.40
10,001 - 20,000 บาท	110	30.20
20,001 - 30,000 บาท	55	15.10
มีบุคคลกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครอบครัว		
ไม่ใช่	262	72.00
ใช่	102	28.00
เด็กอายุน้อยกว่า 7 ปี	24	6.60
ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี	39	10.70
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	39	10.70

การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

จากการศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง เชื่อว่าการใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ท่านเสี่ยงติดเชื้อได้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 ± 0.59 อยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้ความรุนแรงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีไข้สูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 ± 0.54 อยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเชื่อว่าการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ถูกกักกันหรือคุมไว้สังเกตอาการ ทำให้ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 ± 0.47 อยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเชื่อว่าสื่อโฆษณา/ประชาสัมพันธ์ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ Social media ช่วยกระตุ้นให้ท่านเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 ± 0.50 อยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เชื่อว่าการใช้หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อไปในพื้นที่สาธารณะช่วยลดความเสี่ยงได้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 ± 0.49 อยู่ในระดับมาก ด้านการศึกษาการรับรู้อุปสรรค เชื่อว่าการสวมใส่หน้ากากอนามัย ทำให้ท่านรู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 ± 0.45 อยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม (n=364)

คำถาม	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x} \pm S.D.$	แปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
1. ท่านเชื่อว่าการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงทำให้ท่านมี โอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น สถานบันเทิง หรือสถานที่ที่มีรายงานคนติดเชื้อ	271 (74.50)	83 (22.80)	10 (2.70)	2.72±0.51	มาก
2. ท่านเชื่อว่าการไม่ใช้หน้ากากอนามัยทำให้ท่านมีความ เสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	254 (69.80)	101 (27.70)	9 (2.50)	2.67±0.52	มาก
3. ท่านเชื่อว่าการใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ท่านเสี่ยงติดเชื้อได้	278 (76.40)	77 (21.10)	9 (2.50)	2.74±0.49	มาก
4. ท่านเชื่อว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดต่อทางไอ จาม การสัมผัส	253 (69.50)	102 (28.00)	9 (2.50)	2.67±0.52	มาก
การรับรู้ความรุนแรง					
1. ท่านเชื่อว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีไข้สูง	191 (52.50)	166 (45.60)	7 (1.90)	2.51±0.54	มาก
2. ท่านเชื่อว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มี อาการหายใจหอบเหนื่อย	165 (45.30)	191 (52.50)	8 (2.20)	2.43±0.54	มาก
3. ท่านเชื่อว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ระบบ หายใจล้มเหลวเฉียบพลันและเสียชีวิตได้	182 (50.00)	176 (48.40)	6 (1.60)	2.48±0.53	มาก
การรับรู้ภาวะคุกคาม					
1. ท่านเชื่อว่าการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ถูกกักกันหรือคุมไว้สังเกต อาการทำให้ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	276 (75.80)	83 (22.80)	5 (1.40)	2.74±0.47	มาก
2. ท่านเชื่อว่าการที่ท่านรับประทานอาหารร่วมกับผู้ถูก กักกันหรือคุมไว้สังเกตอาการทำให้ท่านเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	272 (74.70)	85 (23.40)	7 (1.90)	2.73±0.49	มาก
3. ท่านเชื่อว่าการใช้บริการสาธารณะ เช่น รถเมล์ รถไฟฟ้า ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	252 (69.30)	105 (28.80)	7 (1.90)	2.67±0.51	มาก

ตารางที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม (n=364) (ต่อ)

คำถาม	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x} \pm S.D.$	แปลผล
การรับรู้สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้น					
1. ท่านเชื่อว่าสื่อโฆษณา/ประชาสัมพันธ์ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ Social media ช่วยกระตุ้นให้ท่านเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	270 (74.20)	85 (23.0)	9 (2.50)	2.72±0.50	มาก
2. ท่านเชื่อว่าบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด เช่น บุตร หลานญาติ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	257 (70.60)	99 (27.20)	8 (2.20)	2.68±0.51	มาก
3. ท่านเชื่อว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	266 (73.10)	90 (24.70)	8 (2.20)	2.71±0.50	มาก
การรับรู้ประโยชน์					
1. ท่านเชื่อว่าการไม่เดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงช่วยลดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	158 (43.40)	197 (54.10)	9 (2.50)	2.41±0.54	มาก
2. ท่านเชื่อว่าการไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การลดความเสี่ยงได้	157 (43.10)	197 (54.10)	10 (2.70)	2.40±0.55	มาก
3. ท่านเชื่อว่าการล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลบ่อย ๆ หลังการสัมผัสสิ่งของต่าง ๆ ทำให้ลดความเสี่ยงได้	255 (70.10)	98 (26.90)	11 (3.00)	2.67±0.53	มาก
4. ท่านเชื่อว่าการใช้หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อไปในพื้นที่สาธารณะช่วยลดความเสี่ยงได้	253 (69.50)	109 (30.00)	2 (0.50)	2.69±0.48	มาก



ตารางที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม (n=364) (ต่อ)

คำถาม	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x} \pm S.D.$	แปลผล
การรับรู้อุปสรรค					
1. ท่านเชื่อว่าหน้ากากอนามัยมีราคาแพง และหาซื้อยาก	265 (72.80)	97 (26.70)	2 (0.50)	2.72±0.46	มาก
2. ท่านเชื่อว่าแอลกอฮอล์เจลราคาแพง และหาซื้อยาก	269 (73.90)	93 (25.60)	2 (0.50)	2.73±0.46	มาก
3. ท่านเชื่อว่าการสวมใส่หน้ากากอนามัย ทำให้ท่านรู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวก	270 (74.20)	92 (25.30)	2 (0.50)	2.74±0.45	มาก
4. ท่านเชื่อว่าการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เช่น ราคาค่าตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อยังไม่เข้าข่ายมีราคาแพง	266 (73.10)	96 (26.40)	2 (0.50)	2.73±0.46	มาก

ผลการศึกษาระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ต่อภาวะคุกคาม การรับรู้สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ในระดับสูง ร้อยละ 79.10, 51.90, 75.80, 73.90, 71.40 และ 77.50 ตามลำดับ และเมื่อรวมรายด้านระดับการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.90 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การรับรู้ด้านสุขภาพต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอสว่างนคร
จังหวัดนครพนม (n=364)

คำถาม	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	$\bar{x} \pm S.D.$	แปลผล
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	288 (79.10)	67 (18.40)	9 (2.50)	2.77±0.48	มาก
2. การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	189 (51.90)	166 (45.60)	9 (2.50)	2.49±0.55	มาก
3. การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	276 (75.80)	81 (22.30)	7 (1.90)	2.74±0.48	มาก
4. การรับรู้สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ	269 (73.90)	84 (23.10)	11 (3.00)	2.71±0.52	มาก
5. การรับรู้ประโยชน์ของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	260 (71.40)	94 (25.80)	10 (2.80)	2.69±0.52	มาก
6. การรับรู้อุปสรรคของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	282 (77.50)	80 (22.00)	2 (0.50)	2.77±0.44	มาก
ภาพรวม	291 (79.90)	64 (17.60)	9 (2.50)	2.64±0.38	มาก

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอสว่างนคร จังหวัดนครพนม พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ซึ่งส่วนใหญ่เสี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.68 ± 0.53 รองลงมา คือ ล้างมือเมื่อมีการจับสิ่งของด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล (Alcohol gel) และใช้เวลาในการฟอกมือนานประมาณ 15-20 วินาที มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.48 ± 0.51 และพบว่า การไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น (เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว) มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 2.41 ± 0.55 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม (n=364)

คำถาม	การปฏิบัติ			$\bar{X} \pm S.D.$	แปลผล
	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ)		
1. ท่านล้างมือเมื่อมีการจับสิ่งของด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล (Alcohol gel) และใช้เวลาในการฟอกมือนานประมาณ 15-20 วินาที	177 (48.70)	185 (50.80)	2 (0.50)	2.48±0.51	สูง
2. ท่านสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อมีการออกไปพบกับบุคคลอื่น	165 (45.40)	197 (54.10)	2 (0.50)	2.45±0.51	สูง
3. เมื่อมีการไอ หรือจาม ท่านใช้กระดาษทิชชูปิดปาก	158 (43.50)	204 (56.00)	2 (0.50)	2.43±0.51	สูง
4. ท่านรับประทานอาหารที่มีการปรุงสุก สะอาด	157 (43.20)	205 (56.30)	2 (0.50)	2.43±0.51	สูง
5. ท่านเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ไอ จาม เจ็บคอ	166 (45.70)	196 (53.80)	2 (0.50)	2.45±0.51	สูง
6. ท่านไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น (เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว)	160 (44.00)	193 (53.00)	11 (3.00)	2.41±0.55	สูง
7. ท่านเลี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง	260 (71.40)	93 (25.60)	11 (3.00)	2.68±0.53	สูง

ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 ± 0.51 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม (n=364)

การปฏิบัติ	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	$\bar{x} \pm S.D.$	แปลผล
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	196 (53.80)	166 (45.70)	2 (0.50)	2.53±0.51	สูง

อภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการรับรู้
ความรุนแรง ด้านการรับรู้ภาวะคุกคาม ด้านการรับรู้สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ ด้านการรับรู้ประโยชน์
ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
อยู่ในระดับสูง

การรับรู้รายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรคมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ผลการศึกษา
สอดคล้องกับ^{9,11-15} ดารารัตน์ พูลศรีและคณะ ศึกษาในผู้สูงอายุ และพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ศึกษาในกลุ่ม
ชาติพันธุ์กุ่ม และการรับรู้ต่อภาวะคุกคาม และการรับรู้สิ่งชักนำ/ สิ่งกระตุ้นให้เกิดการในระดับสูงรองลงมา
ซึ่งตรงกับนักวิชาการหลากหลายคนที่ทำการศึกษาด้านการรับรู้^{10,14-17} เช่น ปฐมภรณ์ อุดานนท์ และคณะ
มูเล้ง ตาแห และคณะ วิสัยวรรณ ปัตถา และคณะ การรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงทุกด้านนั้น ในมุมมอง
ของผู้วิจัยคิดว่า จากการตอบแบบสอบถามของประชาชนด้วยตนเอง และการเก็บข้อมูลในช่วงที่ผ่านการระบาดของ
ของโรค และเป็นโรคติดเชื้อที่มีประกาศเป็นโรคติดต่ออันตราย และมีความร่วมมือของหลายภาคส่วนในการป้องกัน
และควบคุมโรค มีสื่อ ประชาสัมพันธ์ และการรณรงค์ทางด้านสาธารณสุขอยู่เสมอ และประสบการณ์ในการเผชิญ
กับสถานการณ์การระบาดที่ผ่านมา ทำให้ผลการศึกษาแสดงออกถึงการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง

การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีสงคราม
จังหวัดนครพนม พบว่า พฤติกรรมที่แสดงออกในระดับสูงที่สุดคือ เลี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง รองลงมา
คือ ล้างมือเมื่อมีการจับสิ่งของด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล (Alcohol gel) และใช้เวลาในการพอกมือนาน
ประมาณ 15-20 วินาที และพฤติกรรมในระดับสูงที่คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น
(เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว) โดยสรุป ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ในระดับสูง สอดคล้องกับหลากหลายคนที่ทำการศึกษา^{12,16-19} เช่น อนิสรา วงศ์จันทร์ และคณะ



เอกราช มีแก้ว และคณะ ผู้วิจัยคิดว่าเป็นพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติในที่สาธารณะ หลายแห่ง เช่น ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ ขนส่งสาธารณะ หรือแม้แต่ร้านสะดวกซื้อที่จัดให้มีแอลกอฮอล์ล้างมือ การเว้นระยะห่าง ทำให้ประชาชนมีความคุ้นชิน และแสดงพฤติกรรมออกมาในระดับสูง¹⁵⁻²⁰

จากการศึกษาจะเห็นว่าการรับรู้ด้านสุขภาพทุกด้านจะสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ประชาชนจะแสดงออก และสิ่งชักนำทั้งภายในและภายนอก การตระหนัก การถูกจัดการด้วยนโยบาย และการตอบสนองนโยบายของภาครัฐและเอกชน เพื่อให้นักวิชาการนำผลการศึกษามาออกแบบในการพัฒนาสื่อความรู้ วิธีการกระตุ้นชักนำให้ประชาชนตระหนักรู้ในการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาเป็นวัฒนธรรมของชุมชน การที่โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ถูกควบคุมและลดการติดเชื้อได้นั้น เป็นบทเรียนสำคัญสำหรับนักการสาธารณสุขทุกระดับในการสร้างวินัยการรับรู้ด้านสุขภาพของประชาชนคนรุ่นใหม่ ในเนื้อหาของการใช้ชีวิตวิถีใหม่ต่อไป ข้อจำกัดในการทำวิจัยด้วยระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิต กลุ่มเป้าหมายไม่ค่อยมีเวลาในการให้ข้อมูลเท่าที่ควร การเก็บข้อมูลในกลุ่มชาวบ้านยังน้อย

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.10 อายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 33.20 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 39 ปี (S.D.=13.38) สถานภาพโสด ร้อยละ 46.4 การศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 31.60 ครอบครัวไม่มีบุคคลกลุ่มเปราะบาง ร้อยละ 72.00 การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ภาวะคุกคาม ด้านการรับรู้สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรติดตามข่าวสารโรคติดเชื้ออุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ และควรมีการพัฒนาโปรแกรมสื่อการสอนการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่น การใช้สื่อ ประชาสัมพันธ์การรับรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน และวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันตนเองที่จะป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในโรคติดเชื้ออุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ เพื่อใช้ในการป้องกันควบคุมก่อนการระบาด ใช้เสียงตามสายประชาสัมพันธ์ สื่อสังคม หรือ โซเชียลมีเดีย ที่น่าเชื่อถือ⁷ เพื่อการแบ่งปันข่าวสารที่เป็นข้อเท็จจริงให้รับรู้และเข้าใจ เพื่อรับมือกับโรคระบาดให้เกิดความตระหนักและป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง การศึกษาต่อไปควรศึกษาหาความสัมพันธ์ของการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสงคราม ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวก ในการรวบรวมเก็บข้อมูล รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างในเขตตำบลศรีสงครามทุกท่าน ที่ได้กรุณาสละเวลาตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อเข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia /file/introduction/introduction01.pdf>
2. Dong, E., Du, H., & Gardner, L.. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. The Lancet Infectious Diseases. 2020: 20(5) ; 533–534. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1.
3. สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. โควิด-19: การระบาดระลอกใหม่ในประเทศไทยปลายปี 2563. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563; 10(3) :1-12.
4. บัญชา เกิดมณี, สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขบท, และสมบัติ ทิมทรัพย์. แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19. วารสารก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ 2563 ; 20(1) : 1-12.
5. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 เอกสารเผยแพร่สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
6. ระบบรายงานมาตรฐาน (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ จังหวัดนครพนม. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://npm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
7. รัชณี เต็มอุดม. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2564 ; 28 (1) : 1-12
8. Wayne W.Daniel.Statistic Biostatistics : basic concepts and methodology for the health sciences. Hoboken, NJ : Wiley, c2010



9. Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). Nursing research: Principles and methods. New York: J. B. Lippincott.
10. จันทรชนะสอน สำโรงพล, สุไวยรินทร์ ศรีชัย และภัทรพล โพนไพรสันต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในครัวเรือนของกลุ่มวัยทำงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสือเผ่น อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน2565; 8(4): 157-164.
11. ประภัสสร เรืองฤทธิ์, วรินทร์มาศ เกษทองมา และวชิพงศ์ ภักดีกุล. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในจังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565;15(2): 254-268.
12. เบญจวรรณ ถนอมชัยวัช, รัชยานภิศ รัชตะวรรณ และบุญประจักษ์ จันทรวิณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตัวเองและสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564; 6(12): 360-375.
13. เขาวลิต เลื่อนลอย .ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสุโขทัย.วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2565; 2(1): 18-33.
14. ดารารัตน์ พูลศรี, อรสา หิรัญรวง และวัชรภรณ์ ฉุนแสนดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านกลาง อำเภอมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขและสังคมวิทยา2564; 1(2): 1-10.
15. ปฐมาภรณ์ อุดานนท์, เยาวดี แอปโสง, บาร์เมษฐ์ ภีราล้า. การรับรู้ข่าวสารและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 หลังการเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่นของประชาชนในจังหวัดนครพนม. สารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2566 ; 4 (1) : 127- 138.
16. พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์, พลรัตน์ดา ดลสุข และพุทธิไกร ประมวล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์กูย ตำบลตูม อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน2565; 7(1) : 116-126.
17. มุเล้ง ตาแห, ปาบนชนก ภูเดช, วิทวัส หม่าอี และกุสุมาลย์ น้อยผา.ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชาวมุสลิม ตำบลตะโปนเยาะ อำเภอยิ่งง จังหวัดนราธิวาส.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(1) : 15-28.



18. วิไลวรรณ ปัตตา, ชนัญญา จิรพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอมะนัง จังหวัดบึงกาฬ. สารานุกรมสุขภาพชุมชน, มหาวิทยาลัยขอนแก่น
19. อนิสรา วงศ์จันทร์, นิธิกรณ งามแสน, ปิยะธิดา เยยโพธิ์, กฤติยาณี ศรียาโง และสุพดี กิตติวรเวช. ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2565; 13(2): 71-94.
20. เอกราช มีแก้ว, วิมล ใจดี และสุนิสา แสงจันทร์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563; 32(1) : 74-86.



ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ จังหวัดนครพนม
Effectiveness of Breastfeeding Promotion Program
Nong Yat Health Promoting Hospital, Nakhon Phanom Province

มนสิชา ตั้งไพบูลย์*

Monsicha Tangphaiboon*

E-mail: meesuk78@hotmail.com

(Received : October 7, 2024 / Revised : December 2, 2024 / Accepted : March 14, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างก่อน และหลังดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนมีนาคม 2567 - ตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคือมารดา จำนวน 44 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ Paired samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย: พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน มีกิจกรรม 5 ครั้ง ดังนี้ 1) ให้ความรู้การเตรียมตัวแม่เพื่อให้นมแม่ 2) ให้ความรู้ระยะตั้งครรภ์เกี่ยวกับบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) ให้ความรู้ระยะคลอดในการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4) ให้ความรู้ระยะหลังคลอดในการให้ลูกเริ่มหัดดูดนมแม่เร็วที่สุด 5) การประเมินผลหลังได้รับโปรแกรมมารดา มีการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมารดา มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมารดา มีการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไปส่งเสริมให้มารดา มีการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การรับรู้, พฤติกรรม, แรงสนับสนุนในครอบครัว

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ

e272216

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2568



Abstract

This quasi-experimental research aimed to study a breastfeeding promotion program and compare breastfeeding behavior before and after its implementation at Nong Yat Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Phanom Province, between March 2024 and October 2024. The sample consisted of 44 mothers. The research instrument was a questionnaire covering four aspects: general information, perceptions about breastfeeding, breastfeeding behavior, and family support. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired samples t-test, with a statistical significance level set at 0.05.

Results: The study found that the breastfeeding promotion program, designed for at least six months, consisted of five activities: (1) providing knowledge on preparing mothers for breastfeeding, (2) educating mothers during pregnancy about the 10 steps to successful breastfeeding, (3) providing knowledge on initiating breastfeeding during childbirth, (4) educating mothers on encouraging their infants to breastfeed as soon as possible after birth, and (5) evaluating the outcomes after completing the program. After participating in the program, mothers' awareness of breastfeeding significantly increased ($p < 0.05$). Breastfeeding behavior also showed a statistically significant improvement ($p < 0.05$). Additionally, family support for breastfeeding significantly increased after the program ($p < 0.05$).

Suggestions: The breastfeeding promotion program should be implemented to enhance mothers' awareness and overall breastfeeding behavior.

Keywords: Breastfeeding Promotion Programs, Perception, Behavior, Family Support

*Registered Nurse, Professional Level. Nong Yat Health Promoting Hospital

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) แนะนำให้มารดาทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (Exclusive Breast feeding) และหลังจากนั้นให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยไปจนกระทั่งบุตรอายุ 2 ปี หรือมากกว่า สำหรับประเทศไทยนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายเพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบายโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ โดยกำหนดให้มารดาไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน¹ แต่จากรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2559 พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพียงร้อยละ 23.1 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาก² เนื่องจากนมแม่เป็นแหล่งสารอาหารที่ดีเยี่ยม มีคุณค่าทางอาหารที่ครบถ้วน มีประโยชน์สำหรับการเจริญเติบโต และส่งเสริมพัฒนาการด้านทางสมอง รวมทั้งประหยัด และปลอดภัยอีกด้วย³ นอกจากนี้ นมแม่ยังช่วยลดอัตราการตาย และการเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็นของทารก จากรายงานของ The State of the World's Children พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของทั้งโลกอยู่ที่ร้อยละ 39.0⁴ และผลการสำรวจสถานการณ์เด็ก และสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2562 พบว่า ร้อยละ 34.0 เด็กทารกได้กินนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดร้อยละ 14⁵ เด็กกินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต และร้อยละ 15.0 เด็กได้กินนมแม่ต่อเนื่องถึง 2 ปี จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ต่ำกว่าอัตราการกินนมแม่เฉลี่ยทั่วโลก และจากข้อมูลเปรียบเทียบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนต่ำที่สุดอีกด้วย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายส่งเสริม สนับสนุน และปกป้องให้เด็กทุกคนได้กินนมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยตั้งเป้าหมายในปี 2568 เด็กทารก ร้อยละ 50 จะได้กินนมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องตามเป้าหมายของทุกประเทศทั่วโลก⁶

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่วัยรุ่น พบว่า ลำดับที่ของบุตร การคลอดก่อนกำหนด อายุสามี การสนับสนุนจากกลุ่มนมแม่ออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁷ โดยพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการปฏิบัติ ดำเนินบทบาทการเป็นแม่ ขาดการเตรียมพร้อม และขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ การรับรู้สมรรถนะตนเองในด้านการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่เป็นไปในด้านลบ รวมทั้งไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ได้ ขาดความตระหนักถึงประโยชน์ของนมแม่ เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคจึงทำให้หยุดเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ในที่สุด⁸ การส่งเสริมให้แม่วัยรุ่นมีความมั่นใจในการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จนั้น ควรเริ่มตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์เพื่อเสริมสร้างทัศนคติทางบวกต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ และควรมีการดำเนินการต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด

แต่จากการทบทวนวรรณกรรม รูปแบบการส่งเสริมที่ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และรูปแบบการดูแลในปัจจุบัน ยังมุ่งเน้นในช่วงระยะหลังคลอดเป็นส่วนใหญ่ และการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยครอบครัว มีส่วนร่วมต่อการรับรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแรงสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากญาติ พบว่า ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของญาติกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ⁹

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเกราะคุ้มกันแรกที่จะช่วยป้องกันภาวะทุพโภชนาการทุกรูปแบบ รวมถึงสร้างความมั่นคงด้านอาหารให้กับเด็ก ๆ ได้แม้ในยามวิกฤต เพราะนมแม่เป็นสารอาหารจากธรรมชาติ ที่มีคุณค่าสูง ไม่มีค่าใช้จ่าย จึงช่วยลดภาระรายจ่ายภายในครอบครัวทั้งด้านการบริโภค และลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล รวมถึงช่วยให้สมาชิกได้ใช้เวลาร่วมกัน เกิดความอบอุ่น และความมั่นคงแก่สถาบันครอบครัว อันเป็นสถาบันที่ใกล้ชิด กับตัวเด็กมากที่สุด¹⁰ การส่งเสริมการเลี้ยงนมแม่ เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ให้การดูแลมารดา และทารก ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจึงได้นำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด เช่น การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ โปรแกรมการฝึกทักษะ การสาธิต สาธิตย้อนกลับ มีการติดตามต่อเนื่องเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน และสนับสนุนช่วยเหลือสตรีในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกระยะของการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางการวางแผนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อให้สตรีมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน จากข้อมูลทะเบียนการตั้งครรภ์ และการคลอดในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ จังหวัดนครพนม ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 36 คน 44 คน และ 35 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีแม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย ร้อยละ 20.2 30.1 และ 44.3 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมาย (เกณฑ์ร้อยละ 50) แม้นมแม่จะมีประโยชน์อย่างมาก แต่อัตราการเลี้ยงนมแม่อย่างเดียวยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด จากการสังเกตติดตามการดำเนินงานยังไม่มีโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ชัดเจน และจากการสอบถามหญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรมาแล้ว มีบางคนตอบว่าครรภ์แรกน้ำนมไม่มีจึงไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้สาเหตุหนึ่งของความล้มเหลวในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มาจากการขาดความรู้ และขาดประสบการณ์ในการให้นมแม่นั้น ดังนั้นเพื่อให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง จึงควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกระยะของการตั้งครรภ์ การให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะให้นมบุตรเพิ่มขึ้น¹²

ด้วยเหตุผลเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ จังหวัดนครพนม ในครั้งนี้



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ จังหวัดนครพนม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างก่อน และหลังดำเนินการ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) ระหว่างเดือนมีนาคม 2567 ถึง ตุลาคม 2567 ศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ หรือมีบุตรอายุแรกเกิด ถึง 1 ปี ที่ได้รับการประเมินเบื้องต้นจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ว่าไม่มีข้อห้ามการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 คน เจาะจงผู้มารับบริการในช่วงเดือนมีนาคม 2567 ถึง ตุลาคม 2567

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์หรือมีบุตรอายุแรกเกิด ถึง 1 ปี ที่ได้รับการประเมินเบื้องต้นจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ว่าไม่มีข้อห้ามใดในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และสามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้ในช่วงของการเข้าร่วมโครงการ อ่านออก และเขียนได้ ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ในระยะหลังคลอด ทารกที่คลอดก่อนกำหนด หรือมีภาวะแทรกซ้อน หรือมีข้อห้ามที่ทำให้ไม่สามารถดูนมมารดาได้ เช่น ทารกที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นต้น มารดามีภาวะแทรกซ้อน หรือมีข้อห้ามที่ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้ เช่น รับประทานยาที่มีผลต่อทารกโดยผ่านทางน้ำนมมารดา เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประยุกต์ใช้ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสถานการณ์ของการดำเนินงานเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (อัจฉรา คำมะতিย์, 2564) ระยะเวลาดำเนินการในขั้นตอนนี้ เดือนธันวาคม 2566 และศึกษาสภาพปัญหาการส่งเสริมการเลี้ยงนมแม่ เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ให้การดูแลมารดา และทารก

2. การจัดกิจกรรม และปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ จำนวน 5 ครั้ง ประกอบด้วย



ครั้งที่ 1 การเตรียมตัวแม่เพื่อให้นมแม่ ทำแบบสอบถาม (Pre-test)
(ก่อนการจัดกิจกรรมโปรแกรม)

ครั้งที่ 2 ให้ความรู้ระยะตั้งครรภ์ ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขององค์การอนามัยโลก และองค์การกองทุน
เพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ¹

ครั้งที่ 3 ระยะคลอด ควรทำให้การคลอดนั้น เป็นไปโดยธรรมชาติ
หลีกเลี่ยงการใช้หัตถการต่าง ๆ การใช้ยาความแข็งแรงของแม่ และลูกภายหลังคลอด นำลูกมาดูดนมแม่ภายใน ½ -
1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ครั้งที่ 4 ระยะหลังคลอด การให้ลูกได้มาอยู่กับแม่ และเริ่มหัดดูดนม
แม่เร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้

ครั้งที่ 5 การประเมินผลการจัดกิจกรรม หลังคลอด 8 สัปดาห์ ที่พาเด็ก
มารับวัคซีนเพื่อประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้ทำแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test)

3. การประเมินผล โดยใช้แบบสอบถามตามกรอบแนวคิดการศึกษานี้
ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่ การได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว และการประเมินผลเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
อย่างน้อย 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวน 2 ชุด ดังนี้

1. โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน การจัดกิจกรรม
ตามโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 5 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การเตรียมตัวแม่เพื่อให้นมแม่ ทำแบบสอบถามก่อนการจัดกิจกรรม
โปรแกรม จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย และสตรีที่เข้าร่วมโปรแกรม

ครั้งที่ 2 ระยะฝากครรภ์ โดยให้ความรู้ระยะตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่ บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ครั้งที่ 3 ระยะคลอด ปัจจัยที่สำคัญของการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ครั้งที่ 4 ระยะหลังคลอด การปฏิบัติตัวในระยะให้นมบุตร ทำแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ครั้งที่ 5 ช่วงมาตรวจหลังคลอด 8 สัปดาห์ ที่คลินิกวางแผนครอบครัว และการพาเด็กมารับวัคซีน เพื่อประเมินพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามผู้วิจัยประยุกต์จาก ทิพาวรรณ สมจิตร และคณะ¹³ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ เกี่ยวกับ อายุ การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ จำนวนบุตร รายได้ ความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สุขภาพลูกคนปัจจุบัน เหตุผลที่จะเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การตอบเป็นมาตรวัด 5 ระดับ Likert scale¹⁴ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁵ คือ 1-33 ระดับต่ำ 34-67 ระดับปานกลาง 68-100 ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่ จำนวน 9 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนให้นานที่สุด เพื่อส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาด้านร่างกาย และจิตใจลูกให้เติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพ การตอบเป็นมาตรวัด 5 ระดับ Likert scale¹⁴ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 45 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁵ คือ 1-15 ระดับต่ำ 16-30 ระดับปานกลาง 31-45 ระดับสูง

ส่วนที่ 4 การได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัวด้านการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการเล่นลูกด้วยนมแม่ โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อยในหมู่บ้าน/ชุมชน จากการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการเล่นลูกด้วยนมแม่ตลอดปีที่ผ่านมา และครอบครัวให้คำแนะนำในการเล่นลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน การตอบเป็นมาตรวัด 5 ระดับ Likert scale¹⁴ คือ 1 = ได้รับน้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลรวม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁵ คือ 1-17 ระดับต่ำ 18-34 ระดับปานกลาง 35-50 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) แบบสอบถาม ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเชิญผู้รอบรู้ตรวจเครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 ท่าน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีข้อคำถามที่มีค่า CVI เท่ากับ 1 จึงนำมาพิจารณาเป็นข้อคำถามทั้งหมด



2. หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครพนม หาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบสอบถาม โดยแจ้งรายละเอียดของโครงการ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับตามหลักจริยธรรมของการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้ช่วยผู้วิจัยจะนำไปยินยอมการเข้าร่วมวิจัยให้อาสาสมัครอ่าน และลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ การเข้าร่วมโปรแกรม

2. การเก็บข้อมูล ครั้งที่ 1 ในคลินิกฝากครรภ์ ในการเตรียมตัวแม่เพื่อให้แม่ทำแบบสอบถามก่อนการจัดกิจกรรมโปรแกรม (Pre-test) ในเดือนมกราคม 2567 ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ครั้งที่ 2 ระยะเวลาหลังคลอด เมื่อมารับการตรวจตามนัดหลังคลอด ทำแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test) ในเดือนสิงหาคม 2567 ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

3. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับนำมาบันทึกรูปแบบ excel ผู้วิจัย นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสควบคุมคุณภาพของข้อมูล และวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน การวิเคราะห์ข้อมูลระดับต่อเนื่อง กรณีแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) โดยใช้ Paired samples t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม รหัส REC 129/2566 วันที่ 26 ธันวาคม 2566



ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมารดา พบว่า มารดากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 31 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.0 (ค่าเฉลี่ย 29.91 ± 5.49) จบปริญญาตรี ร้อยละ 45.5 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 45.5 มีบุตร 2 คน ร้อยละ 81.8 รายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 84.1 (ค่าเฉลี่ย $17,343.75 \pm 9,865.57$) จำนวนเดือนอายุลูกที่ตั้งใจเลี้ยงด้วยนมแม่ 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 77.3 (ค่าเฉลี่ย 6.83 ± 4.45) จำนวนปีอายุลูกที่ตั้งใจเลี้ยงด้วยนมแม่ 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90.9 (ค่าเฉลี่ย 1.36 ± 0.60) สุขภาพของลูกคนที่เคยเลี้ยงด้วยนมแม่แข็งแรงดี ร้อยละ 84.1 เหตุผลที่ให้ลูกเลิกกินนมแม่คือ ต้องไปทำงาน/กลับไปเรียน ร้อยละ 38.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมารดา (n= 44)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($\bar{X} = 29.91$, S.D.=5.49)		
ต่ำกว่า 20 ปี	1	2.3
20-30 ปี	21	47.7
31 ปีขึ้นไป	22	50.0
การศึกษาสูงสุด		
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	22.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	25.0
ปริญญาตรี	20	45.5
อื่น ๆ	3	6.8
อาชีพ		
แม่บ้าน	20	45.5
ค้าขาย	7	15.9
รับจ้าง	6	13.6
เกษตรกร	7	15.9
หน่วยงานภาครัฐ	4	9.1
จำนวนบุตร ($\bar{X} = 1.78$, S.D.=1.00)		
ครรภ์แรก	8	18.2
2 คน	36	81.8



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมารดา (n= 44) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว ($\bar{X}$ =17,343.7, S.D. =9,865.57)		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	7	15.9
10,000 บาทขึ้นไป	37	84.1
จำนวนเดือนอายุลูกที่ตั้งใจเลี้ยงด้วยนมแม่ ($\bar{X}$ =6.83, S.D.=4.45)		
ต่ำกว่า 6 เดือน	10	22.7
6 เดือนขึ้นไป	34	77.3
จำนวนปีอายุลูกที่ตั้งใจเลี้ยงด้วยนมแม่ ($\bar{X}$ =1.36, S.D.=0.60)		
ต่ำกว่า 1 ปี	4	9.1
1 ปีขึ้นไป	40	90.9
สุขภาพของลูกคนที่เคยเลี้ยงด้วยนมแม่		
ไม่เคย (ครรภ์แรก)	6	13.6
แข็งแรงดี	37	84.1
เจ็บป่วย	1	2.3
เหตุผลที่ให้ลูกเลิกกินนมแม่		
คิดว่านมไม่พอ	10	22.7
นมไม่มาเลยให้นมผสม	4	9.1
ต้องไปทำงาน/กลับไปเรียน	17	38.6
มีปัญหาเกี่ยวกับหัวนม	1	2.3

การรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมารดาที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ($MD= 14.03$, 95%CI: 10.61-17.45, $P<0.001$) โดยมารดาที่มีการรับรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุดในด้านมารดาที่ให้ลูกกินนมแม่จะมีรูปร่างดีไม่อ้วน ($MD= 0.80$, 95%CI: 0.67-0.75, $P<0.001$) รองลงมาคือ หลังจากลูกกินนมแม่อย่างเดียวนครบ 6 เดือนขึ้นไป สามารถให้อาหารอื่นเสริมได้ ($MD=1.75$, 95%CI: 1.10-1.89, $P<0.001$) มีการรับรู้แตกต่างกันน้อยที่สุดคือ ด้านแม่ที่มีหัวนมเล็กไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ($MD=0.18$, 95%CI: 0.01-0.35, $P=0.032$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรม (n= 44)

การรับรู้	ก่อน	หลัง	Mean differ ence	95%CI	P-value
	Mean±SD	Mean±SD			
การรับรู้ประโยชน์ของนมแม่	49.13±5.38	60.09±9.49	10.96	7.92-14.00	<0.001*
1.นมแม่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองครบถ้วน	3.84±0.44	4.47±0.80	0.63	0.44-0.80	<0.001*
2.การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สร้างความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก	3.94±0.35	4.72±0.63	0.78	0.63-0.93	<0.001*
3.ในนมแม่มีภูมิคุ้มกันโรคได้	3.91±0.39	4.53±0.71	0.62	0.44-0.80	<0.001*
4. เด็กเจริญเติบโตสมวัยและมีสุขภาพดี ทารกที่กินนมแม่จะมีระดับสติปัญญาดีกว่าเด็กที่กินนมผสม	3.75±0.56	4.25±0.91	0.50	0.31-0.68	<0.001*
5. นมแม่มีสารอาหารมากกว่า 200 ชนิดที่สำคัญสำหรับการเจริญเติบโตและการพัฒนาสมอง	3.97±0.47	4.56±0.71	0.59	0.41-0.77	<0.001*
6. นมแม่มีสารช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และสารต่อต้านอนุมูลอิสระ และวิตามิน	4.03±0.53	4.56±0.71	0.53	0.34-0.71	<0.001*
7. นมแม่มีแบคทีเรียที่ดีต่อระบบทางเดินอาหาร	3.31±0.64	4.13±0.94	0.81	0.17-0.45	<0.001*
8. เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน ควรได้กินนมแม่อย่างเดียว และกินนมแม่ควบคู่อาหารตามวัย จนถึงอายุ ≥ 1 ปี	3.34±0.65	4.47±0.80	1.12	0.48-0.76	<0.001*



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรม (n= 44) (ต่อ)

การรับรู้	ก่อน	หลัง	Mean	95%CI	P-value
	Mean±SD	Mean±SD	differ ence		
9. การที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว จะทำให้แม่ลดความเสี่ยงต่อการ เกิดมะเร็งเต้านมและรังไข่ได้	3.13±0.83	3.81±1.20	0.68	0.03-0.34	<0.001*
10. มารดาที่ให้ลูกกินนมแม่จะมี รูปร่างดีไม่อ้วน	2.81±0.85	4.03±0.96	0.80	0.67-0.75	<0.001*
11. การให้ลูกดูดนมแม่ทันทีหลัง คลอดจะช่วยป้องกันการตกเลือด หลังคลอด	2.94±0.91	3.78±1.03	0.84	0.33-0.35	0.002*
12. การให้ลูกดูดนมแม่ทันทีหลัง คลอดจะช่วยมดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น	3.13±0.55	4.06±1.04	0.93	0.30-0.57	<0.001*
13. การที่ท่านได้ยินเสียงและได้กอด สัมผัสบุตรของท่านสามารถ กระตุ้นการหลั่งน้ำนมได้	3.28±0.52	4.22±0.87	0.93	0.30-0.57	<0.001*
14. หลังจากลูกกินนมแม่อย่างเดียว ครบ 6 เดือนขึ้นไป สามารถให้ อาหารอื่นเสริมได้	3.75±0.80	4.50±0.67	0.75	1.10-1.89	<0.001*
การรับรู้อุปสรรค	10.81±3.62	13.88±4.16	3.07	1.77-4.35	<0.001*
1. การให้ลูกกินนมแม่จะทำให้ สุขภาพของแม่ทรุดโทรม	2.13±0.66	2.44±0.94	0.31	0.04-0.57	0.023*
2. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เป็นเรื่องยุ่งยาก	1.63±0.75	2.00±0.84	0.37	0.08-0.66	0.012*



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรม (n= 44) (ต่อ)

การรับรู้	ก่อน	หลัง	Mean differ ence	95%CI	P-value
	Mean±SD	Mean±SD			
3. การให้ลูกดูดนมจะทำให้เต้านม แม่หย่อนยาน	1.81±0.89	2.50±0.95	0.69	0.09-0.28	0.002*
4. แม่ที่มีหัวนมเล็กไม่สามารถเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ได้	1.91±0.96	2.09±0.89	0.18	0.01-0.35	0.032*
5. เมื่อต้องไปนอกบ้านไม่สามารถ ให้นมแม่ในที่สาธารณะ	1.47±0.87	2.19±1.12	0.72	0.11-0.32	0.001*
6. เมื่อต้องไปทำงานนอกบ้านการให้ นมผสมเป็นทางเลือกที่ดีกว่านมแม่	1.88±1.15	2.66±1.09	0.78	0.18-0.37	<0.001*
เฉลี่ย	59.94±7.18	73.97±9.69	14.03	10.61-17.45	<0.001*

*P-value< 0.05, Paired samples t-test

พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมารดาที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD= 6.87, 95%CI: 3.45-10.29, P<0.001) โดยมารดาที่มีพฤติกรรม
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นมากที่สุด ในด้านได้รับการส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน
และให้นานที่สุด เพื่อส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาด้านร่างกาย และจิตใจลูกให้เติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพ
(MD= 1.25, 95%CI: 1.68-1.81, P<0.001) รองลงมาคือ ด้านสามี และมารดามีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องการเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่อย่างเดียว (MD=1.06, 95%CI: 1.45-1.67, P<0.001) และมีเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ด้านล้างมือก่อนให้นมลูก
หรือปั๊มนมทุกครั้ง (MD=0.40, 95%CI: 0.13-0.67, P=0.005) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n= 44)

พฤติกรรม	ก่อน	หลัง	Mean	95%CI	P-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.	differ ence		
1. ได้รับการส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวนาน 6 เดือน และให้นานที่สุด	3.16±1.05	4.41±0.79	1.25	1.68-1.81	<0.001*
2. ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เน้นให้ความรู้ใน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ การจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.13±1.21	3.78±1.18	0.65	1.09-1.22	0.004*
3. ล้างมือก่อนให้นมลูกหรือปั๊มนมทุกครั้ง	3.84±0.92	4.25±0.84	0.41	0.13-0.67	0.005*
4. ให้ลูกดูดนมสลับกันทั้ง 2 ข้าง นานข้างละ 10-20 นาทีทุกครั้ง	3.75±0.84	4.19±0.78	0.44	0.16-0.71	0.003*
5. เมื่อต้องไปทำงานสามารถปั๊มนม ใส่ตู้เย็นไว้ให้ลูกได้	3.50±1.52	4.19±0.96	0.69	0.15-0.21	0.013*
6. สามีและมารดามีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว	3.06±1.64	4.13±1.00	1.07	1.45-1.67	0.001*
7. สามีและครอบครัวได้สนับสนุนให้เลี้ยง ลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว	3.56±1.24	4.31±0.85	0.75	0.18-0.32	0.001*
8. มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวนาน 6 เดือน	3.69±1.33	4.50±0.84	0.81	0.29-0.33	0.002*
9. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มีความเป็น แม่โดยสมบูรณ์	3.72±1.35	4.53±0.84	0.81	1.29-1.33	0.002*
เฉลี่ย	31.41±8.96	38.28±6.50	6.87	3.45-10.29	<0.001*



การได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมารดาที่มีการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD= 5.93, 95%CI: 2.88-8.98, $P<0.001$) โดยมารดาที่มีการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นมากที่สุดในด้านให้คำแนะนำ และช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (MD= 0.18, 95%CI: 1.00-1.18, $P=0.006$) รองลงมาคือ การหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาให้อ่าน (MD=0.81, 95%CI: 0.22-0.39, $P<0.001$) และมีเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากครอบครัว (MD=0.34, 95%CI: 0.03-0.65, $P=0.034$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรม (n= 44)

ผลตรวจ	ก่อน	หลัง	Mean	95%CI	P-value
	Mean±SD	Mean±SD	difference		
1. ได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัวด้าน การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่	3.16±1.27	3.63±1.12	-0.46	0.15-0.78	0.005*
2. จากการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรม ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	2.66±1.40	3.41±1.21	-0.75	1.03-1.26	0.006*
3. ครอบครัวให้คำแนะนำในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	3.50±1.13	4.13±0.75	-0.62	0.12-0.52	0.003*
4. ครอบครัวให้กำลังใจและชมเชยที่ สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้	3.50±1.218	4.16±0.88	-0.65	0.07-0.24	0.003*
5. การหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่มาให้อ่าน	2.91±1.05	3.72±0.95	-0.81	0.22-0.39	<0.001*
6. ช่วยเหลืองานบ้าน	3.28±1.17	3.75±1.07	-0.46	0.10-0.83	0.014*
7. ให้คำแนะนำและช่วยเหลือเมื่อ ประสบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	3.22±1.03	3.81±0.93	-0.18	1.00-1.18	0.006*
8. แนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่	3.47±1.27	4.06±1.07	-0.59	1.01-1.17	0.007*



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรม (n= 44) (ต่อ)

ผลตรวจ	ก่อน	หลัง	Mean differ ence	95%CI	P-value
	Mean±SD	Mean±SD			
9. แนะนำเตรียมความพร้อมทำงาน นอกบ้านด้วยการสอนและฝึกทักษะ ในการบีบเก็บน้ำนม	3.38±1.12	4.00±0.91	-0.62	1.04-1.20	0.005*
10. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากครอบครัว	3.59±1.13	3.94±0.94	-0.34	0.03-0.65	0.034*
เฉลี่ย	32.66±8.20	38.59±8.12	5.93	2.88-8.98	<0.001*

*P-value< 0.05, Paired samples t-test

อภิปรายผลการศึกษา

1. โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย 6 เดือน ผู้วิจัยได้สร้างชิ้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ จำนวน 5 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 การเตรียมตัวแม่ เพื่อให้แม่สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้โดยการบรรยายประกอบภาพพลิกเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอภิปรายร่วมกัน ครั้งที่ 2 ให้ความรู้ระยะตั้งครรภ์เกี่ยวกับบันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขององค์การอนามัยโลก และองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ¹⁷ ดูแลแม่ให้มีสุขภาพจิตดี มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมตัวเอง มีความมั่นใจว่าจะทำให้สำเร็จ ครั้งที่ 3 ให้ความรู้ระยะคลอด การคลอดเป็นไปโดยธรรมชาติหลีกเลี่ยงการใช้หัตถการ และการใช้ยา ความแข็งแรงของแม่ และลูกภายหลังคลอด เป็นปัจจัยที่สำคัญของการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การนำลูกมาดูดนมแม่ภายใน ½ - 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หรือให้ดูดทันทีหลังคลอด ครั้งที่ 4 ระยะหลังคลอด ให้ลูกเริ่มหัดดูดนมแม่เร็วที่สุด และกระตุ้นเตือนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ครั้งที่ 5 การประเมินผลข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมารดา พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 31 ปีขึ้นไป จบปริญญาตรี อาชีพแม่บ้าน มีบุตร 2 คน รายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป ตั้งใจเลี้ยงด้วยนมแม่ 6 เดือนขึ้นไป



สุขภาพของลูกคนที่เคยเลี้ยงด้วยนมแม่แข็งแรงดี เหตุผลที่ให้ลูกเลิกกินนมแม่คือ ต้องไปทำงาน/กลับไปเรียน ทั้งนี้เนื่องจากบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตาม 5 ยุทธศาสตร์ของกฎบัตรอตตาวา ได้แก่ 1) สร้างความเข้าใจแก่มารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) ประสานงานกับผู้บริหารหน่วยงาน 3) ดำเนินงานร่วมกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น 4) ให้ความรู้ และการฝึกทักษะแก่มารดาหลังคลอด 5) ดำเนินงานวิจัยและผลิตนวัตกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีประสิทธิภาพ¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ อาริรัตน์ วิเชียรประภา และคณะ¹⁹ ศึกษาการพัฒนาแรงสนับสนุนอย่างเดียวนาน 6 เดือน ในมารดาหลังคลอด พบว่ารูปแบบจากการวิจัยเป็นความร่วมมือระหว่างทีมวิจัยมารดาหลังคลอด และครอบครัวที่สนับสนุนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย ร่วมตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ติดตามเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำ ประเมินปัญหา และอุปสรรค กระตุ้นเตือน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดามีค่าเฉลี่ยทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม²⁰

2. การรับรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมารดามีการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังได้รับโปรแกรมมารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการมารดามีการรับรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด ในด้านมารดาให้ลูกกินนมแม่จะมีรูปร่างดีไม่อ้วน หลังจากลูกกินนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนขึ้นไป สามารถให้อาหารอื่นเสริมได้ และมีการรับรู้ด้านแม่ที่มีหัวนมเล็กไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มารดายังมีพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นมากที่สุด ในด้านได้รับการส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และให้นานที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาพรรณ แพงโพธิ์ และคณะ²¹ ศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้พลังอำนาจของมารดาครั้งแรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม มีการรับรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น การศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนของสามี พบว่า ระดับความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้พฤติกรรม²² ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยล้มเหลวที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนครบ 6 เดือน คือ ปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งหมายถึงความรวมถึง ความเชื่อ ทัศนคติ การศึกษา รายได้ในครัวเรือน รวมถึงความรู้ และการตระหนักถึงความสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽²³⁾ และการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว พบว่าระยะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาอย่างเดียวนานมีความสัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว²⁴



3. การได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาที่พบว่าเหตุผลที่ทำให้ลูกเลิกกินนมแม่ คือ ต้องไปทำงาน/กลับไปเรียน หลังได้รับโปรแกรมมารดาที่มีการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัวในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่า มารดาที่มีการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นมากที่สุด ในด้านให้คำแนะนำ และช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รองลงมาคือ การหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้อ่าน และมีการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัวด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากครอบครัว ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร ผาสุวรรณ²⁵ ศึกษาความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือนแรก พบว่าความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน มี 3 ประเด็น ได้แก่ 1) แรงจูงใจภายในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) สิ่งสนับสนุนส่งเสริมช่วยให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำเร็จ 3) การฝ่าฟันอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนของมารดา ต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน พบว่าผลลัพธ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างน้อย 6 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง²⁶ และการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัว ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่นานขึ้น²⁷⁻²⁸

ข้อสรุป หลังดำเนินการโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลให้มารดาที่มีารรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ มีพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีการได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1. ผลการศึกษานี้พบว่า เหตุผลของมารดาบางส่วนที่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากต้องไปทำงาน ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว และโรงงาน สถานประกอบการต่าง ๆ ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ของมารดาในที่ทำงาน
2. ควรมีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้กลุ่มแม่อาสาเพื่อให้มารดาที่มีทัศนคติเชิงบวก ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และควรให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมเรียนรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาการสนับสนุนให้แม่ และสมาชิกในครอบครัวมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างแน่วแน่ รวมทั้งการศึกษาในเชิงลึกเฉพาะกรณีมารดาที่มีปัญหาเกี่ยวกับการให้นมแม่ทุก ๆ เรื่อง เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยได้รับนมแม่อย่างเดียวนานตามที่กำหนด และนานที่สุด เป็นการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานในการพัฒนาด้านร่างกาย และจิตใจเด็ก เพื่อเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้

เนื่องจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมารดา พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 31 ปีขึ้นไป จบปริญญาตรี อาชีพแม่บ้าน มีบุตร 2 คน รายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป จึงทำให้มารดาได้รับแรงสนับสนุนในครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น มีความตั้งใจเลี้ยงด้วยนมแม่ 6 เดือนขึ้นไป และสุขภาพของลูกในคนที่เคยเลี้ยงด้วยนมแม่แข็งแรงดี

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากผลการศึกษานี้พบว่า เหตุผลที่ให้ลูกเลิกกินนมแม่คือ ต้องไปทำงาน/กลับไปเรียน จึงทำให้บางส่วนไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึง 6 เดือนได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครพนม ที่ให้โอกาสทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษาระเบียบวิธีการทำวิจัยในครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Implementing the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Meeting Report, Geneva: WHO Press; 2003.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติรายปีประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/e-Book>
3. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, นริลักษณ์ สุวรรณโนบล. “ประสบการณ์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของปราชญ์นมแม่.” วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(1): 82-90.
4. National Statistics Office. Major Findings of Multiple Indicator Cluster Survey 2012. Bangkok; 2013.
5. กลุ่มวางแผนและพัฒนาสถิติด้านสังคม กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลฉบับสมบูรณ์ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/media/5151>
6. ศูนย์สื่อสารสาธารณะ กรมอนามัย. (5 สิงหาคม 2564). สธ.รณรงค์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งเป้าปี ‘68’ ดันทารก ร้อยละ 50 ได้กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเต็ม [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th>
7. สุจิตรา สุรินทร์. โมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
8. เสาวลักษณ์ คำทอง, มยุรี นิรัตธราดร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในชุมชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2560; 47(1): 31-43.
9. รักศิริ อาวีชนาวงศ์, ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการรับรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแรงสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากญาติตามการรับรู้ของมารดาหลังคลอด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563; 28(4): 39-48.
10. สุภัสสร เลาะหะนะ, พัทธินยา เชียงตา, พรนิภา ตีมมงคล, ชิดชนก พันธุ์ป้อม, ณัฏฐ์นรี คำอุไร, นัยนา ภูกลม. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2564;27(1): 91-105.



11. Pender NJ, Murdaugh CL, and Parson MA. Health Promotion in Nursing Practice. 4 th ed. Upper Saddle River, N.J. : Prentia Hall; 2002.
12. วันเพ็ญ ฤทธา, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, พิริยา ศุภศรี. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาหลังคลอดที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563; 28(3): 66-78.
13. ทิพาพรรณ เทพา, สมจิตร เมืองพิล, เอมอร บุตรอุดม, สมสกุล นีละสมิต. ผลลัพธ์ของกระบวนการแปลและการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือนของสามี ฉบับภาษาไทย. Journal of Nursing and Health Care 2022; 40(1): 102-111.
14. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
15. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
16. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Victoria, Australia: Deakin University Press, 1988.
17. WHO. Implementing the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Meeting Report, Geneva: WHO Press; 2003.
18. กัญญาพัชญ์ จาอ้าย, อรอนงค์ ธรรมจินดา, พชรกันย์ ฉัตรวิไลลักษณ์. ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. Journal of Nursing Science and Health 2020; 43(3): 24-33.
19. อาริรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, สมลักษณ์ ศรีวิริญ. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดจันทบุรี. JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE 2018; 29(1): 170-184.
20. ขนิษฐา เมฆกมล, อาริรัตน์ วิเชียรประภา, พรฤดี นิธิรัตน์, วาสนา งามการ, สุภา ศิทธิโชติ. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาของมารดาหลังคลอด. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2020; 26(1): 28-44.



21. ดาวรรณ แพงโพธิ์, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. การเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดา
ครั้งแรกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน. Thai Red Cross Nursing Journal 2018; 11(2): 57-77.
22. ทิพวรรณ เทพา, สมจิตร เมืองพิล, เอมอร บุตรอุดม, สมสกุล นีละสมิต. ผลลัพธ์ของกระบวนการแปลและ
การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
เพียงอย่างเดียว 6 เดือนของสามี ฉบับภาษาไทย. Journal of Nursing and Health Care 2022; 40(1): 102-11.
23. วาทีณี วิภูภิญญา. ปัจจัยล้มเหลวที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยในโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารการแพทย์
โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2020;35(3): 635-42.
24. He J, Yimyam S, Namprom N. Breastfeeding self-efficacy, social support, and breastfeeding
among Chinese mothers with late preterm infants. Journal of Neonatal Nursing. 2022; 28(1): 21-25.
25. ดวงพร ผาสุวรรณ. ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยอย่างน้อย 6 เดือน กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม.
Kuakarun Journal of Nursing 2020; 27(1): 71-84.
26. พรเพ็ญ เจียวท่าไม้, พชรินทร์ วิริยะศิริสกุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา
หลังคลอดต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน. วารสารกองการ
พยาบาล 2020; 47(2): 104-18.
27. Lau CYK, Fong DanielYT, Chan VinciciHS, et al. The Effect of Maternal Self-Regulated Motivation
On Breastfeeding Continuation. Matern Child Health J. 2022; 26(2): 441-48.
28. Uludağ E, Ayar D, Bektaş İ. Effects of Spousal Support in the Early Postpartum Period on
Breastfeeding Motivation in Patriarchal Societies. JBACHS. 2023; 7(1): 103-10.



การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้พัฒนาการเด็กปฐมวัย

แบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และครูศูนย์เด็กเล็ก

โรงพยาบาลท่าอุเทน อำเภوتاอุเทน จังหวัดนครพนม

The study of the effectiveness of early childhood development learning
promotion programs with participation of parents, caregivers and teachers

of childcare center, Tha Uthen Hospital,

Tha Uthen District, Nakhon Phanom Province

กาญจนา จุฑาณิชยาณ*
Kanyachat Chuthanichaya*

Corresponding author E-mail: chatkan64@gmail.com

(Received : October 30, 2024 / Revised : February 18, 2025 / Accepted : March 14, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็ก ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนก่อน และหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รูปแบบการวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็กของเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 3-5 ปี ในเขตอำเภوتاอุเทน จังหวัดนครพนม จำนวน 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 24 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 24 คน

วัสดุและวิธีการวิจัย: เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการจัดกิจกรรมในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) สี่มิติทัศน์ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired t-test และ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการวิจัย: ผลการศึกษานี้ พบว่าค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็กของกลุ่มทดลอง หลังจากการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง



และหลังจากการให้โปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: การมีส่วนร่วมของในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความเข้าใจและมีทักษะในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง มีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น นำไปสู่การลงมือปฏิบัติประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์จริง มีความตระหนักต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย และสนใจที่จะประเมินพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การประเมินพัฒนาการ, เด็กปฐมวัย, การมีส่วนร่วม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าอุเทน



Abstract

Purpose: To compare the average scores of parents or caregivers and early childhood center teachers in assessing early childhood development before and after participating in a participatory learning promotion program, and to compare the results between the experimental group and the comparison group.

Study design: This study is a quasi-experimental research that consists of 48 parents or caregivers and early childhood center teachers of children aged 3-5 years in Tha Uthen District, Nakhon Phanom Province. Participants were divided into an experimental group (24 participants) and a comparison group (24 participants). The total study period was eight weeks.

Materials and Methods: The research tools included activity plans for assessing early childhood development (DSPM), video media, and a questionnaire on family practices in early childhood development assessment. Data were analyzed using a paired t-test and an independent t-test, with a statistical significance level set at 0.05 and a 95% confidence interval.

Main findings: The results of this study found that the mean scores of early childhood development assessment by parents or caregivers and early childhood center teachers in the experimental group significantly higher after the intervention than before. Additionally, after completing the program, the experimental group's mean assessment scores were significantly higher than those of the comparison group (p -value < 0.001).

Conclusion and recommendations: Participation in learning activities enhances program participants' understanding and skills in early childhood development assessment, increasing their confidence in applying these skills. This leads to the practical implementation of early childhood development assessments based on the Early Childhood Development Surveillance and Promotion Manual in real-life situations. Furthermore, it raises awareness of early childhood development and fosters continuous interest in conducting development assessments.

Keyword: Development assessment; Early childhood; Participation

*Registered Nurse Professional Level, Tha Uthen Hospital



บทนำ

จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15 - 20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ และจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ในด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคม และการปรับตัว¹ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2580) การพัฒนา และเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ เป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัย ให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ ซึ่งการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคนในทุกช่วงวัยนั้น จะต้องเริ่มพัฒนาตั้งแต่ช่วงปฐมวัยหรือ 6 ปีแรกของชีวิตเด็กปฐมวัย² โดยการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้ง 5 ด้าน ที่เป็นรากฐานของชีวิต ได้แก่ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) การเข้าใจภาษา (RL) การใช้ภาษา (EL) และการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS)³ หากพบว่ามีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมตามวัย ควรมีการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมให้เร็วที่สุด ในการแก้ไขปัญหา บำบัด ฟื้นฟู และส่งเสริมให้มีพัฒนาการ สามารถปรับตัว และช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเติบโตขึ้น² ซึ่งการพัฒนาบทบาทพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูศูนย์เด็กเล็กที่ต้องดูแลเด็ก ในช่วง 36 - 60 เดือน ต้องได้รับการพัฒนาความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก และมีทักษะในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย โดยการผลักดันให้มีการเฝ้าระวัง และคัดกรองพัฒนาการเด็กในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะสามารถค้นพบและแก้ไขได้ทันที่⁴

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2561 - 2565 มีแนวโน้มการคัดกรองและมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มสูงขึ้น แต่ปลายปี 2563 - 2564 มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบให้การเข้าถึงระบบคัดกรองลดลง ขณะที่ในปี 2565 การเข้าถึงระบบคัดกรอง และพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่ยังคงพบว่ามีเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการต่ำกว่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมายร้อยละ 91) ซึ่งในช่วงรอบ 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566) พบว่า ความครอบคลุมเท่ากับ ร้อยละ 82.30 เด็กที่ติดตามได้ภายใน 30 วัน เท่ากับ 87.90 พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 23.40 ซึ่งหากพบว่ามีเด็กมีพัฒนาการล่าช้าจะถูกส่งต่อไปที่กรมสุขภาพจิต เพื่อเข้าสู่การกระตุ้นพัฒนาการ และสร้างวินัยเชิงบวก โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม⁵



จากการศึกษาข้อมูลในพื้นที่จังหวัดนครพนมได้ดำเนินการส่งเสริม ตรวจประเมิน และกระตุ้น พัฒนาการเด็ก 5 กลุ่มตามอายุ ผลการดำเนินงาน 5 ปี ย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2562 - 2566 พบว่ามีพัฒนาการ สมวัย 87.96, 88.49, 85.91, 84.83 และ 50.02 ตามลำดับ และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 27.37, 29.12, 28.06, 24.00 และ 28.09 ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์เด็ก 0 - 5 ปี ในพื้นที่อำเภอกาบัง จังหวัดนครพนม จากฐานข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562- 2566 พบว่าพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก ที่ร้อยละ 91.33, 88.33, 92.56, 85.65 และ 87.03 ตามลำดับ และพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 21.09, 27.80, 29.96, 21.20 และ 22.49 ตามลำดับ⁶ ซึ่งพัฒนาการด้านการใช้ภาษาเป็นพัฒนาการที่ล่าช้ามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา⁷ พัฒนาการล่าช้าจะส่งผลให้เด็กเหล่านี้มีปัญหา พัฒนาการด้านการใช้ภาษา และการพูดที่ช้ากว่าวัย หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ทันช่วงเวลาการเรียนรู้ที่สำคัญ โดยเฉพาะในช่วง 6 ขวบปีแรกของชีวิต อาจทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้และใช้ชีวิตได้เหมือนเด็กทั่วไปได้⁸ การตรวจประเมินพัฒนาการเด็กในคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพด้วยแบบประเมิน DSPM ยังไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง และยั่งยืนเนื่องจากผู้ดูแลขาดความตระหนักไม่ให้ความสำคัญเร่งด่วน อีกทั้งผู้ปกครอง ไม่ค่อยมีเวลาเพราะต้องทำงาน ไม่ได้อยู่บ้าน โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ และสังคมก็เปลี่ยนไป ขาดการสื่อสาร ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพัฒนาการของเด็ก⁹ ดังนั้นการพัฒนาทักษะในด้านความรู้ และการปฏิบัติ ของผู้เลี้ยงดูเด็กมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และควรส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็ง การเพิ่มทักษะ พ่อแม่ในด้านการส่งเสริมพัฒนาการเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กวัยนี้ได้เลียนแบบเพราะเด็กวัยนี้ เป็นนักเลียนแบบที่ดี เรียนรู้ผ่านการลงมือทำ¹⁰ ทั้งนี้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว ชุมชน จะทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ขั้นประสบการณ์ (Experience) 2. ขั้นการสะท้อนและอภิปราย (Reflection and Discussion) 3. ขั้นความคิดรวบยอด (Concept) 4. ขั้นการทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application)¹¹ เพื่อให้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่เป็นกระบวนการในการพัฒนาความรู้ และทักษะของผู้เรียนได้เป็นอย่างดี ทำให้สามารถนำไปปฏิบัติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹²

ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่าแนวโน้มของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยลดลง และแนวโน้มของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ายังคงเพิ่มขึ้น¹³ ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่า การใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ต่าง ๆ เช่น รูปแบบของการจัดกิจกรรมโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ หรือ Andragogy Learning Theory¹⁴ รูปแบบของการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากกิจกรรม



หรือการทดลองปฏิบัติ¹⁵ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนให้พัฒนาการของเด็กปฐมวัยเพิ่มสูงขึ้น¹⁶ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่นำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย อีกทั้งผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในการประเมินครอบครัว ให้การช่วยเหลือให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก ดังนั้นการศึกษารูปแบบการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (36-50 เดือน) โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และครูศูนย์เด็กเล็ก ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL)¹⁷ เพื่อเป็นการสร้างเสริมให้ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็กให้มีทักษะในการปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยมากขึ้น โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการทำกิจกรรมทุกขั้นตอน สามารถคัดกรองตรวจพบความผิดปกติของปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้อย่างรวดเร็ว นำไปสู่การรักษาส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และแก้ไขปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้อย่างทัน่วงที่ ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของเด็กในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็กในกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็ก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็กของเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 3-5 ปี ในเขตอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม จำนวน 48 คน ซึ่งได้จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis)¹⁸ โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (level of power)



ที่ระดับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significant) เท่ากับ .05 ประเมินค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม¹⁹ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 ประเมินขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 ราย รวมจำนวน 42 ราย ส่วนการคัดเลือกครูศูนย์เด็กเล็กคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop-out rate) และความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างกำหนดค่า d เท่ากับร้อยละ 10²⁰ ซึ่งคำนวณได้ 47 คน เพื่อให้มีความสะดวกในการจับคู่ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างมาอีก 1 คน รวมทั้งหมด 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 24 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 24 คน

จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มทดลองคือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลท่าอุเทน ประกอบไปด้วยครูจำนวน 4 คน ผู้ปกครองจำนวน 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบคือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านนาผักปอด ตำบลโนนตาลประกอบไปด้วยครูจำนวน 4 คน และผู้ปกครองจำนวน 48 คน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีประชากรใกล้เคียงกัน และข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลมีความใกล้เคียงกัน และใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล ได้แก่ 1) เป็นพ่อหรือแม่หรือผู้ปกครอง อายุ 20 - 60 ปี ที่ดูแลเด็กปฐมวัยต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป 2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กปฐมวัยที่มี อายุ 3-5 ปี (เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมเด็กจะต้องมีอายุไม่เกิน 5 ปี) และมีเวลาอยู่ร่วมกับเด็กอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ต่อวัน 3) เด็กปฐมวัยอายุ 3- 5 ปี ที่อยู่ในความดูแลไม่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า หรือความผิดปกติทางพันธุกรรมแต่กำเนิด 4) มีสมาร์ทโฟนที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ครบทุกกระบวนการของโปรแกรมฯ

ครูศูนย์เด็กเล็ก ได้แก่ 1) ปฏิบัติงานจริงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2) มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเด็ก และผู้ปกครองหรือผู้ดูแล 3) ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ครบทุกกระบวนการของโปรแกรมฯ



เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล ได้แก่

1) พ่อหรือแม่หรือผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ครบทุกกระบวนการของโปรแกรมฯ 2) มีการเจ็บป่วย และมีอาการวิกฤติ ระหว่างการเข้าร่วมวิจัยจนไม่สามารถเข้าร่วมได้

ครูศูนย์เด็กเล็ก ได้แก่ 1) มีการเจ็บป่วย และมีอาการวิกฤติ ระหว่างการเข้าร่วมวิจัยจนไม่สามารถเข้าร่วมได้ 2) ไม่ต้องการเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 แผนการจัดกิจกรรมในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)³ ประกอบด้วย กิจกรรมการบรรยายประกอบสื่อให้ความรู้ต่าง ๆ ชุดอุปกรณ์สำหรับการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยทั้ง 5 ด้าน โดยผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาสื่อนำเสนอ (Power point) และอุปกรณ์บางส่วนขึ้น อ้างอิงตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุข ในโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย

1.2 สื่อวีดิทัศน์ จัดทำฐานสาดิจิทัลประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี พัฒนาขึ้นโดยสถาบันพัฒนานามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย มีเนื้อหาครอบคลุมการประเมินทั้ง 5 ด้าน

1.3 คลิปวิดีโอจากผู้ปกครองที่ได้ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยตัวเองที่บ้าน เพื่อนำมาวิเคราะห์และเป็นตัวอย่างในการสอนในชั้นเรียนกลุ่มใหญ่ ร่วมกับครูศูนย์เด็กเล็ก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็ก ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดในคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และจากการทบทวน



วรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก เกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor: GM) การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor: FM) การใช้ภาษา (Receptive Language: RL) การเข้าใจภาษา (Expressive Language: EL) การช่วยเหลือตัวเอง และสังคม (Personal and Social: PS) โดยให้เด็กตอบตามช่วงวัยของเด็กปฐมวัย ทั้งหมด 6 ช่วงวัย ได้แก่ 37-41 เดือน, 42 เดือน, 43-48 เดือน, 49-54 เดือน, 55-59 เดือน, 60 เดือน ซึ่งข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกคำตอบ ถ้าตอบ ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน และถ้าตอบ ไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน ทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนรวม 5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ในความเหมาะสมและความครบถ้วนครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงเพื่อให้ได้คุณภาพใช้แบบการตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ (IOC: Index of Item Objective Congruence) ได้ดัชนีความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 0.98

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ (Try out) กับคนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน เพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือ นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ และปรับปรุงการสร้างเครื่องมือเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมในการนำไปใช้ หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีการเริ่มกิจกรรมและดำเนินการทดลอง ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2567 ถึง เดือนตุลาคม 2567 เป็นระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง หรือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ ดังต่อไปนี้

1.1 สัปดาห์ที่ 1 ทำแบบประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) โดยมีกิจกรรม ได้แก่



ขั้นที่ 1 ประสบการณ์ (Experience) กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประสบการณ์การประเมินพัฒนาการ และให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย จัดฐานการสาธิตการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย อายุ 37- 41 เดือน (3 ปี 1 เดือน - 3 ปี 5 เดือน) และสรุปการประเมินพัฒนาการเด็กในแต่ละด้าน

ขั้นที่ 2 การสะท้อน และอภิปราย (Reflection and Discussion) การทำใบงานเกี่ยวกับวิธีการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย การแปลผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

1.2 สัปดาห์ที่ 2 มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 3 ความคิดรวบยอด (Concept) ผู้วิจัยอธิบายหลักการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

ขั้นที่ 4 การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Experimentation /Application) มีการจับคู่กัน และสลับกันฝึกทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี สาธิตวิธีการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี และกระตุ้นพัฒนาการหากพบว่าไม่สมวัย สอบถามปัญหา และอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย และร่วมกันวางแผนหาแนวทางเพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับการประเมินพัฒนาการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และที่ศูนย์เด็กเล็ก

1.3 สัปดาห์ที่ 3-7 การติดตามผ่านช่องทางการสื่อสาร ทุกวันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 3-7 ผู้วิจัยมีการสอบถามปัญหา หรืออุปสรรคในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย และให้คำแนะนำ โดยผู้วิจัยจะทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 5 ครั้ง

1.4 สัปดาห์ที่ 8 สิ้นสุดการดำเนินการวิจัย และตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ครั้งที่ 2

2. กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็ก และมีการดำเนินการเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 ของการศึกษา ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และได้ชมวิดีโอทัศน์สาธิตการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3-5 ปี ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ



การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป รายละเอียดขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) บรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ 057/67 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดออกจากโปรแกรมฯ ในระหว่างการทดลอง โดยในแต่ละกลุ่มมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มทดลอง ทั้งหมด 24 คน พบเพศชาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 20.83) และเพศหญิง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 79.17) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปี (ร้อยละ 33.34) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 21 – 30 ปี (ร้อยละ 25.00) โดยพบว่ามีระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 29.17) ส่วนใหญ่ทำอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37.50) และมีรายได้อยู่ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท (ร้อยละ 45.83)

กลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งหมด 24 คน พบเพศชาย (ร้อยละ 16.67) น้อยกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 83.33) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี (ร้อยละ 37.50) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 41.67) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 37.50) และมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท (ร้อยละ 79.17) ดังรายละเอียด ตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็กของเด็กปฐมวัย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	20.83	4	16.67
หญิง	19	79.17	20	83.33
อายุ				
21-30	6	25.00	9	37.50
31-40	5	20.83	5	20.83
41-50	8	33.34	6	25.00
50 ปี ขึ้นไป	5	20.83	4	16.67
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	3	12.50	3	12.50
มัธยมต้น	5	20.83	3	12.50
มัธยมปลาย/ปวช.	7	29.17	7	29.17
ปวส./อนุปริญญา	3	12.50	1	4.16
ปริญญาตรี	6	25.00	10	41.67
อาชีพ				
รับราชการ	7	29.17	3	12.50
เกษตรกร	3	12.50	9	37.50
ค้าขาย	5	20.83	4	16.67
รับจ้าง	9	37.50	8	33.33
รายได้ต่อเดือน				
0-10,000 บาท	6	25.00	3	12.50
10,000-20,000 บาท	11	45.83	19	79.17
20,000 บาทขึ้นไป	7	29.17	2	8.33



พฤติกรรมกรรมการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยแยกรายด้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่ง 5 ด้าน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้านการช่วยเหลือตัวเอง และสังคม (Personal and Social: PS) กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมกรรมการประเมินพัฒนาการสูงสุด จำนวน 22 คน (ร้อยละ 91.67) รองลงมาคือ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor: GM) กลุ่มทดลอง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 79.17) และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 70.83) ซึ่งด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก และสติปัญญา (Fine Motor: FM) กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการดำเนินการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าพฤติกรรมกรรมการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุก ๆ ด้าน ซึ่งด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor: GM) การช่วยเหลือตัวเอง และสังคม (Personal and Social: PS) กลุ่มทดลองมีการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยทุกคน (จำนวน 24 คน ร้อยละ 100) ดังรายละเอียด ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกรรมการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยรายด้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การประเมินพัฒนาการ		จำนวน (ร้อยละ)				
		GM	FM	RL	EL	PS
ก่อนเข้าร่วม	กลุ่มทดลอง	19 (79.17)	0 (0.00)	16 (66.67)	5 (20.83)	22 (91.67)
โปรแกรมฯ	กลุ่มเปรียบเทียบ	17 (70.83)	0 (0.00)	12 (50.00)	4 (16.67)	22 (91.67)
หลังเข้าร่วม	กลุ่มทดลอง	24 (100)	21 (87.50)	22 (91.67)	17 (70.83)	24 (100)
โปรแกรมฯ	กลุ่มเปรียบเทียบ	23 (95.83)	15 (62.50)	13 (54.17)	5 (20.83)	23 (95.83)

GM = Gross Motor, FM = Fine Motor, RL = Receptive Language, EL = Expressive Language,

PS = Personal and Social

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็ก ในกลุ่มทดลอง ก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.58 (S.D. = 0.58) และหลังเข้ารับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.50 (S.D. = 0.59) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย ในสัปดาห์ที่ 1 เท่ากับ 2.29 (S.D. = 0.55) และหลังจากผ่านไป 8 สัปดาห์ เท่ากับ 3.29 (S.D. = 0.62) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การประเมินพัฒนาการ	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 24)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	2.58	0.58	2.29	0.55
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.50	0.59	3.29	0.62

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย, S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบก่อน – หลังของค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็กของกลุ่มทดลอง พบว่าหลังจากการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อีกทั้งยังพบว่าหลังจากการให้โปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ย การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังรายละเอียด ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95% CI	t	p-value
การประเมินพัฒนาการกลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	24	2.58	0.58	-1.92	2.34 to 2.83	-9.64	<0.001*
หลังการทดลอง	24	4.50	0.59		4.25 to 4.75		
การประเมินพัฒนาการหลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	24	4.50	0.59	1.01	4.25 to 4.75	6.89	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	24	3.29	0.62		3.03 to 3.55		

n = จำนวน, $\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย, S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, 95% CI = ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95,

* = Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ .05, ** = Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ .05



อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

หลังจากทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็ก ในการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย วิธีการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย อำเภอกาบัง จังหวัดนครพนม ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การศึกษาของเราที่มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็กนั้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ คือหากมีการส่งเสริมพัฒนาการ และการสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัว มีส่วนร่วม ส่งผลให้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย มีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการ และความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย²¹ ซึ่งหากผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการ การสร้างวินัยเชิงบวกจะทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา พัฒนาการด้านการรับรู้ และเข้าใจภาษา พัฒนาการด้านการแสดงออกทางภาษา พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคมเพิ่มขึ้น²² โดยการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ให้มีส่วนร่วมแก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง จะส่งผลให้มีทักษะในการสังเกตพัฒนาการของเด็กปฐมวัย การสังเกตพัฒนาการสงสัยล่าช้า และมีทักษะพฤติกรรมผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่ดีขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม²³ อีกทั้งการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน หลังการทดลองพบว่าครอบครัวมีทักษะในการประเมินสูงขึ้นก่อนการทดลอง²⁴ หากผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะของผู้ปกครอง และส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัยได้²⁵ หากมีการส่งเสริมผู้เลี้ยงดูเด็กให้มีทักษะในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ดี จะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่ากลุ่มเด็กปฐมวัยที่ผู้เลี้ยงดูเด็กไม่ได้รับโปรแกรมการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย²⁶ ส่วนของค่าเฉลี่ยของความรู้ และทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยของครูโรงเรียนอนุบาลซึ่งเน้นไปที่ทักษะการคิดเชิงบริหารเป็นแผนการให้ความรู้ และฝึกทักษะแบบรายกลุ่มใหญ่ และรายกลุ่มย่อยเพิ่มสูงขึ้นหลังการได้รับโปรแกรม²⁷ อีกทั้งการกระตุ้นพัฒนาการของเด็กปฐมวัยโดยการใช้การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก จะเป็นการส่งเสริมให้พัฒนาการของเด็กอายุ 2-5 ปี²⁸



ข้อจำกัดสำหรับการศึกษานี้ นั่นคือการเลือกพื้นที่ในการศึกษาเนื่องจากผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง อาจเกิดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าสู่การทดลอง และการขาดการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยซึ่งอาจขาดความเชื่อมโยงระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ซึ่งในแต่ละผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เรียนเป็นอย่างดี¹² จากการวิจัยในครั้งนี้ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ โคลบ¹⁷ มาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็กนั้นส่งผลให้เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการที่สมวัย เนื่องจากประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยได้มีสถิติการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทำให้เด็กได้รับการส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็กมีความเข้าใจ มีทักษะในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง มีความมั่นใจ ในการปฏิบัติมากขึ้น นำไปสู่การลงมือปฏิบัติประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์จริง มีความตระหนักต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย และสนใจที่จะประเมินพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการส่งเสริมการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล และครูศูนย์เด็กเล็ก ไปขยายผล โดยประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถานที่ และส่งเสริมให้มีการใช้อย่างต่อเนื่องในสถานศึกษา และชุมชน อีกทั้งควรมีการติดตามผลของการศึกษาในระยะยาว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของประสิทธิผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียน 2550. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
2. กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. นนทบุรี: สำนักงานส่งเสริมสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2566.



4. กรมอนามัย. การประเมินผลโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 ปี 2563. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
5. วาธินี วงศาโรจน์, ภาสกร ดอกจันทร์. ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากสถานการณ์ COVID-19 : เด็กปฐมวัย. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2565;7(12):356-67.
6. ระบบคลังข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. งานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดนครพนม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://npm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=2238b7879f442749bd1804032119e824
7. จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย, อรรถยาภรณ์ ทองมี. บทบาทของพยาบาลในการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าของเด็ก ปฐมวัยในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2565;9(8):1-16.
8. เดือนฉาย แสงรัตนายนต์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกพูดเด็กพูดช้า โดยใช้คู่มือฝึกพูด สำหรับผู้ปกครอง. วารสารราชานุกูล. 2559;31(1):1-12.
9. ณัฏฐา กวานเทียน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;9(1):409-14.
10. ทิศนา แคมมณี. ทฤษฎีการประเมิน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
11. แสงดาว ถิ่นหารวงษ์. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในรายวิชาวรรณคดีสำหรับเด็ก. วารสารมนุษยสังคมปริทัศน์. 2558;17(1):1-11.
12. อัมพิกา คันทาใจ, เดชา ทำดี, ศิวพรองวัฒนา. ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(1):83-95.
13. สิทธิพงศ์ ปาปะกัง. บทบาทของผู้ปกครองในการประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(2):176-85.
14. ศรีนทร์ทิพย์ ขวพันธ์. การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้แอนดราโกจี. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2561;36(4):4-17.



15. มารุต ภูพะเนียด, ศรีสุรางค์ เคหะนาค, จันทภา จวนกระจำง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองต่อความรู้และทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2567;30(2):77-91.
16. อุดมญา พันธนิษฐ์, อาภาวรรณ หนูคง, จินต์ณาสัก แสงงาม, กรรณิการ์ ชัยลี, กรรณิการ์ เกิดศรีพันธุ์, กิ่งกาญจน์ เกิดศรีพันธุ์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และทักษะของครูอนุบาลในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2562;20(39):60-72.
17. Kolb DA. Participatory learning approach: A research agenda. Technical Report Version 1.0; 1984
18. Cohen, J. A power primer. Psychological Bulletin. 1992;112(1):155-9.
19. โสภารัตน์ อารินทร์, เดชา ทำดี, ศิวพร อังวัฒนา. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. พยาบาลสาร. 2564;48(4):121-33.
20. Gupta S, Radhakrishnan A, Nitin R, Raharja-Liu P, Lin G, Steinmetz LM, Gagneur J, Sinha H. Meiotic interactors of a mitotic gene TAO3 revealed by functional analysis of its rare variant. G3(Bethesda). 2016;6(8):2255-63.
21. รุ่งทิพา จันทรงาม และรุ่งนภา พรหมสาขา ณ สกลนคร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):302-12.
22. สราญจิต อินทร, ยศสยา อ่อนคำ, ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;5(10):143-60.
23. ประครอง วิเชียรสาร. ผลของกระบวนการพัฒนาตำบลต้นแบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ ตำบลหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):137-48.
24. เยาวลักษณ์ มะกอง, ศิวพร อังวัฒนา, วิลาวัลย์ เตือนราชฤทธิ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2567;51(3):168-82.



25. ณรรจพร สิงห์สวัสดิ์, นัยนา ภูม, กฤษฎาภรณ์ ลบบำรุง, กิ่งทิพย์ ผาสุขถ้อย. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อความรู้ ทักษะคติของผู้ปกครอง และพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2566;7(3):106-18.
26. สุพัตรา บุญเจียม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;46(4):112-28.
27. รัตนารณณ์ แบ่งทิศ, ศรีนทร์ทิพย์ ขวพันธ์, หยาดพิรุณ เสาร์เป็ง. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ต่อความรู้และทักษะของครูในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. วารสารการพยาบาล. 2566;38(02):77-87.
28. มนัสมีน เจาะโนะ, รอฮานิ เจาะอาแซ. โปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการอย่างมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อพัฒนาการของเด็กอายุ 2-5 ปี. วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2562;30(2):80-8.



การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Septic shock): กรณีศึกษา

Nursing care for patients with septic shock: Case study

วินัย ขาวเชียงตุง*

Winai Chaocheangtung*

Corresponding author E-mail: nui_excite@hotmail.com

(Received : February 25, 2024 / Revised : April 24, 2025 / Accepted : June 5, 2025)

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัย รักษาและให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วจะทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งมีอัตราการตายสูงปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตคือ การได้รับการประเมิน การวินิจฉัยล่าช้า การได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตนี้ต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหา ความต้องการ ของผู้ป่วยในระยะวิกฤตเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติ ให้การพยาบาลและประเมินผล การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้

วัตถุประสงค์: การศึกษารั้วนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Septic shock)ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

รูปแบบการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study)

วัสดุและวิธีการศึกษา: การศึกษารายกรณีนี้ใช้กรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Marjorie Gordon) และแนวคิดกระบวนการพยาบาล ดำเนินการศึกษาโดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต มีขั้นตอนในการศึกษา 5 ขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาลคือ การประเมินค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา: กรณีตัวอย่าง 1 ราย โดยศึกษาที่งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคอนสาร กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 73 ปี มีโรคประจำตัว คือ DM with HT with CKD stage 3b มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้ หนาวสั่น



ไม่ไอ ไม่มีเสมหะ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่ปวดท้องน้อย ความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพแรกได้รับอุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 78/50 มิลลิเมตรปรอท MAP 59 มิลลิเมตรปรอท MEWS = 3 คะแนน ผลตรวจ UA พบ RBC 1-2 cell, WBC 50-100 cell, Leukocytes 3+ ในปัสสาวะ U/C : Escherichia coli แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ร่วมกับภาวะช็อก (Septic shock) มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นตำแหน่งต้นเหตุ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ (Ceftriazone) ยากระตุ้นความดันโลหิต (Norepinephrine) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมถึงการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยาที่มีความเสี่ยงสูง มีทั้งการพยาบาลในระยะแรกเริ่ม การพยาบาลในระยะดูแลต่อเนื่องและการพยาบาลระยะจำหน่าย รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 3 วัน แพทย์จำหน่ายกลับบ้านและให้กลับไปฉีดยา ATB ต่อจนครบ 7 วัน ที่รพ.สต.ใกล้บ้าน F/U 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการ

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้ป่วยได้รับการประเมิน/เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดโดยใช้กระบวนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะช็อก ซึ่งเป็นไปตาม Surviving sepsis campaign 2021 แต่ไม่ครบทุกข้อเนื่องจากมีข้อจำกัดของทางโรงพยาบาล ไม่สามารถตรวจ blood lactate ได้ ดังนั้นควรมีการนำข้อมูลเสนอต่อทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team) ในการนำเข้าการตรวจ blood lactate เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับการตรวจ blood lactate ทุกรายและมีการนำ qSOFA score มาใช้ร่วมกับ MEW score ในการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต รวมทั้งพยาบาลต้องปฏิบัติตาม sepsis guideline ตระหนักถึงความสำคัญของการ monitor อย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะได้รายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสมเพื่อช่วยชะลอการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญและช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้

คำสำคัญ: ติดเชื้อในกระแสโลหิต; ภาวะช็อก; การพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคอนสาร



Abstract

Background: Bloodstream infection, if not promptly diagnosed, treated, and nursed, can progress to septic shock, which has a high mortality rate. Critical factors contributing to mortality include delayed assessment and diagnosis, inadequate fluid resuscitation, and delayed antibiotic administration beyond one hour after diagnosis. The nursing role in caring for these critically ill patients requires a systematic nursing process to assess health status, identify problems, and address patients' needs in the critical phase to establish nursing diagnoses, plan interventions, provide care, and continuously evaluate nursing outcomes. This approach enhances care efficiency, reducing mortality and complications in patients with septic shock.

Objective: This study aimed to ensure a patient with septic shock remained safe without developing complications.

Study Design: A case study approach.

Materials and Methods: This case study utilized Marjorie Gordon's 11 functional health patterns as an assessment framework along with the nursing process concept. Data collection tools included inpatient medical records, patient and family interviews, and direct observation. The study followed five steps according to the nursing process: assessment to identify patient problems, formulation of nursing diagnoses, planning nursing interventions, implementation, and evaluation of nursing outcomes.

Results: The study involved one female Thai patient, aged 73 years, with underlying diseases including diabetes mellitus, hypertension, and chronic kidney disease stage 3b, admitted to the inpatient department at Khonsan Hospital. She presented with fever, chills, without cough, sputum, dysuria, or lower abdominal pain, but with hypotension. Initial vital signs showed a temperature of 37.5°C, pulse rate of 88 beats/minute, respiratory rate of 20 breaths/minute, blood pressure of 78/50 mmHg, MAP of 59 mmHg, and MEWS score of 3. Urinalysis showed RBC 1-2 cells, WBC 50-100 cells, and 3+ leukocytes. Urine culture identified *Escherichia coli*. The patient was diagnosed with septic shock with urinary tract infection as the source.



Treatment included antibiotic therapy (Ceftriaxone), vasopressors (Norepinephrine), intravenous fluid administration, and comprehensive nursing care to monitor for complications from high-risk medications during admission, continuous care, and discharge phases. After 3 days of hospitalization, the patient was discharged home with a plan to complete a 7-day course of antibiotics at a local health promotion hospital and follow-up in 2 weeks.

Conclusion and Recommendations: The patient received close monitoring and care using the nursing process in conjunction with medical treatment, which effectively ensured safety from septic shock, following the Surviving Sepsis Campaign 2021 guidelines, though not all parameters could be implemented due to hospital limitations, particularly blood lactate testing. It is recommended that this data be presented to the Patient Care Team to advocate for blood lactate testing capability for all sepsis patients. Additionally, implementing qSOFA scores alongside MEW scores would enhance early detection of bloodstream infections. Nurses must follow sepsis guidelines and recognize the importance of continuous monitoring to report to physicians at appropriate times, helping to delay multi-organ failure and improve patient survival.

Keywords: Septic shock; nursing care; case study

*Registered Nurse Professional Level, Khon San Hospital



บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือ ภาวะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อหรือต่อพิษของเชื้อโรค โดยทำให้เกิดการอักเสบขึ้นทั่วร่างกาย ซึ่งการติดเชื้อนี้อาจเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกายหรือการติดเชื้อทั่วร่างกายก็ได้ การติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตรายซึ่งจะนำไปสู่ภาวะช็อกที่เรียกว่า ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต (septic shock) เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ มีอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตสูง การวินิจฉัยอย่างถูกต้องรวดเร็ว แพทย์และทีมพยาบาลจะต้องให้การรักษาพยาบาลโดยเร็วและครบถ้วนทุกด้าน จากข้อมูลสถิติของโลกผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและมีภาวะล้มเหลวหลายระบบ จะมีอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 25-30 และผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อจะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 40-70 และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ และในประเทศไทยอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมีผู้ป่วย ประมาณ 175,000 ราย/ปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ปี ซึ่งคิดแล้วพบว่า ผู้ป่วย sepsis 1 รายเกิดขึ้นทุก ๆ 3 นาที และผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตเสียชีวิต 5 ราย ทุก ๆ 1 ชั่วโมง โดยอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566 ร้อยละ 19.77 20.55 21.13 และ 17 ตามลำดับ¹⁷

Surviving sepsis campaign 2021 เป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยมีกระบวนการเป็น hour-1 bundle¹⁸ บทบาทพยาบาลมีส่วนสำคัญในการนำการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาล มาใช้ร่วมกับ Surviving sepsis campaign ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1. การประเมิน ต้องทำอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องพร้อมค้นหาแหล่งติดเชื้อและติดตามค่า MAP (mean arterial pressure) , blood lactate , ปริมาณปัสสาวะ 2. การวินิจฉัยการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาโดยเฉพาะ decreased cardiac output และ risk for multiple organ dysfunction syndrome 3. การวางแผน ตาม hour-1 Bundle 4. การปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ (30ml/kg) การบริหารยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การบริหารยากระตุ้นความดันโลหิต และการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน 5. การประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป้าหมายเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย



โรงพยาบาลคอนสาร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 50 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่มีห้อง ICU จากสถิติข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตโรงพยาบาลคอนสาร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 240 170 และ 148 ราย ตามลำดับ อุบัติการณ์การเกิดภาวะช็อก ร้อยละ 20.41 25.29 และ 6.25 และพบอัตราการเสียชีวิต เท่ากับร้อยละ 4.17 11.76 และ 4.05 ผู้ศึกษาในฐานะผู้ปฏิบัติงานผู้ป่วยใน มีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และปฏิบัติตาม CPG ที่หน่วยงานกำหนด รวมไปถึงการตรวจสอบอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ให้มีความเพียงพอ พร้อมใช้ ในหน่วยงาน จึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Septic shock) โดยใช้กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินอาการ ที่ถูกต้องและรวดเร็ว รวมถึงการให้การพยาบาลที่รวดเร็วถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Septic shock) ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study)

ระยะเวลาที่ดำเนินการ: 1 พฤษภาคม 2567 ถึง ตุลาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วย Septic shock ที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคอนสาร จำนวน 1 คน
ญาติผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแล พยาบาลแผนกผู้ป่วยในและอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา:

1. แบบประเมิน Modified Early Warning score (MEWS)
2. แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน
3. แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน
4. Standing order sepsis

การเก็บรวบรวมข้อมูล:

1. ดำเนินการศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ในพื้นที่อำเภอคอนสาร ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรางานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต



2. แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาศึกษาเป็นกรณีศึกษาอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

3. ประสานงานกับ แพทย์ผู้ดูแล และพยาบาลที่รับผิดชอบในหอผู้ป่วยในและอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเพื่อขอสัมภาษณ์ข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มเติม

4. ศึกษาผู้ป่วยตามแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

5. ศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนร่วมกับ hour-1 bundle ดังนี้

(1) ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย โดยการสังเกต สัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(2) ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

(3) วางแผนการพยาบาลตาม hour-1 bundle

(4) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล

(5) ประเมินผลการพยาบาลและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

6. สรุปผลการศึกษาเรียบเรียงเนื้อหาตามหลักวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้: วิเคราะห์เชิงพรรณนา โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จัดกลุ่มข้อมูลตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษา (Case Study)

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 73 ปี น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร BMI 28.39

อาการสำคัญ : ไข้ เหนื่อยอ่อนเพลียมากขึ้น ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน : 4 วันก่อนมา มีไข้ หนาวสั่น ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีปวดท้องน้อย ไม่ไอ ไม่มีสมหะ รับประทานอาหารได้น้อย ยังไม่ได้รับการรักษาที่ใด 1 ชั่วโมงก่อนมา มีไข้ เหนื่อยอ่อนเพลียมากขึ้น ญาติจึงพามาโรงพยาบาล



ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต : มีโรคประจำตัว เป็น DM with HT with CKD stage3b รับประทานยา
การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ : ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon)

11 แบบแผน

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพรับรู้ว่ามีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง การเจ็บป่วยครั้งนี้รับรู้ว่าเป็นตัวเองแก่แล้ว และยังมีโรคประจำตัวทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายและและอาการรุนแรง คือ มีอาการไข้ เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไปรักษาที่รพ.สต. ได้ยาลดไข้มารับประทานอาการไม่ดีขึ้น ลูกสาวจึงพามารักษาที่โรงพยาบาล

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและเมตาบอลิซึม ขณะการเจ็บป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง 5-6 คำ/มื้อ รู้สึกเบื่ออาหาร น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร BMI 28.39 พลังงานที่ควรได้รับต่อวันเท่ากับ 1,400 กิโลแคลอรี ถือว่าไม่เพียงพอ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ Hypoglycemia

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีปวดท้องน้อย ถ่ายอุจจาระ ลักษณะปกติ 1 ครั้ง/วัน หรือบางครั้งก็ถ่ายอุจจาระวันเว้นวัน ไม่มีปัญหาท้องผูก ผล UA =RBC 1-2cell, WBC 50-100 cell, Leukocytes 3+, CVA negative

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ก็จะเดินไปวัดหรือเข้าสวน ไปต่ายหญ้า ขณะการเจ็บป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย ขณะทำกิจกรรม หายใจ 20 ครั้ง/นาที เสียงหัวใจ No Murmur

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยนอนเวลา 21.00 น. ตื่นนอนเวลา 4.00 น. ไม่มีปัญหาการนอนหลับขณะเจ็บป่วยพักผ่อนนอนหลับได้เป็นพัก ๆ ไม่ได้เข้านอนหลับ ถ้ามีอาการเพลียก็จะนอนตอนกลางวัน

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ การรับรส กลิ่น เสียง สี การสัมผัสปกติ ผู้ป่วยสามารถรับรู้บุคคล วัน เวลาและสถานที่ได้ สามารถจดจำเรื่องราวในอดีตได้

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจกับตัวเองและรู้สึกภูมิใจในตัวเองเพราะเป็นหม้าย สามีเสียชีวิตตั้งแต่ลูกสาวคนเล็กยังเล็กแต่ตนเองก็เลี้ยงดูลูกได้ และรู้สึกว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรงแต่ก็หวังว่าจะหาย

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพผู้ป่วยอยู่ที่บ้านกับลูกสาวคนเล็ก ลูกเขย และหลานอีก 2 คน ไม่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกัน เมื่อเจ็บป่วยลูกสาวมาเฝ้าดูแล



แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยเป็นหม้าย หมดประจำเดือนเมื่ออายุ 57 ปี ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการวัยทอง

แบบแผนที่ 10 การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด โดยปกติถ้ามีปัญหา ก็จะคุยกับลูกสาว ส่วนใหญ่จะให้ลูกสาวเป็นคนตัดสินใจ ขณะเจ็บป่วยในครั้งนี้ ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล และรู้สึกเครียดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อและค่านิยมก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยจะไปวัดเป็นประจำ หรือถ้าวันไหน ไม่ได้ไปวัดก็จะใส่บาตรที่หน้าบ้าน สวดมนต์ไหว้พระก่อนนอนเป็นประจำ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ :

การตรวจสัญญาณชีพ: แรกรับที่ ER อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 78/50 มิลลิเมตรปรอท Spo2 =98% RA

การตรวจร่างกาย:

1) ระบบประสาท: ไม่มีประวัติชัก ไม่มีอาการอ่อนแรง ไม่มีอาการสั่น ไม่มี กระสับกระส่าย E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE

2) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: เดินได้ปกติ Motor Power Grade 5 all

3) ระบบการหายใจ: ไม่มีหายใจหอบ หายใจ 20 ครั้ง/นาที No Retraction ฟังปอด โล่งดี ไม่ไอ รูปร่างหน้าอกปกติ

4) ระบบหัวใจ: ไม่มีอาการใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก No Murmur

5) ระบบเดินปัสสาวะ: ไม่มีถ่ายปัสสาวะแสบขัด สีเหลืองเข้ม ไม่ขุ่น ไม่มีปวด ท้องน้อย

6) ระบบทางเดินอาหาร: ถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง ไม่มีท้องเสีย ฟังเสียงการเคลื่อนไหว ของลำไส้ปกติ 4-6 ครั้ง/นาที คลำไม่พบตับโต กดไม่เจ็บ เคาะโปร่ง

7) ระบบอวัยวะสืบพันธุ์: อวัยวะเพศปกติ ไม่มีก้อนหรือสารคัดหลั่ง ประจำเดือน หมดตอนอายุ 57 ปี



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ 1 พฤษภาคม 2567)

1. **Complete blood count: CBC:** WBC 6,810 cell/mm³, Neutrophils 70%, Lymphocyte 22% วิเคราะห์ผลค่า WBC, Neutrophils และค่า Lymphocyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. **Urine Analysis: UA:** RBC 1-2cell, WBC 50-100 cell, Leukocytes 3+, Bacteria Moderate วิเคราะห์ผลค่า Appearance turbid, Blood, Leucocyte, RBC, WBC, Squamous epithelium, Bacteria พบค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

3. **Blood Chemistry:** Sodium 122.6 mmol/L, Potassium 5.1 mmol/L, Chloride 94 mmol/L, Carbondioxide 15 mmol/L, BUN 98 mg/dl, Creatinine 5.22 mg/dl, eGFR 7.6 วิเคราะห์ผลค่า Sodium ต่ำกว่าปกติ เกิดจากไตไม่สามารถ ดูดกลับโซเดียมได้ ค่า BUN, Creatinine สูงกว่าปกติเนื่องจากการ มีการทำงานของไตลดลง, ค่า eGFR ต่ำกว่าปกติ เนื่องจากการมีภาวะไตเสื่อม ค่า Potassium สูงกว่าปกติเนื่องจากการ มีการทำงานของไตลดลง

4. **Urine culture: UC :** ตรวจพบเชื้อ Escherichia coli วิเคราะห์ผลตรวจพบเชื้อ Escherichia coli เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่พบได้เป็นปกติในลำไส้ของคนและสัตว์บางชนิด โดยปกติจะไม่ก่อโรค แต่ก็มีบางกรณีที่เชื้อ Escherichia coli สามารถก่อโรคได้ โดยโรคที่พบบ่อยในมนุษย์ ได้แก่ โรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะและโรคท้องเดิน

การวินิจฉัย: Septic shock with UTI with AKI on top CKD with Hyperkalemia

การรักษาที่ได้รับ : วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 แกรับ ER อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 78/50 มิลลิเมตรปรอท MAP 59 มิลลิเมตรปรอท MEWS เท่ากับ 3 คะแนน Spo2 98% RA ได้รับการรักษา On NSS 1,000 ml vein loading 500 ml, หลัง Load IV fluid ความดันโลหิต 74/79 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที, Cef-3 2 gm vein OD, Retain foley's cath ได้ urine สีเหลืองขุ่น 75 ml, On O2 canula 3 lit/m .lab CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, H/C 2 ชุด, UA, UC, EKG, CXR, Film KUB, DTX=121 mg%, U/S หลัง Load IV fluid total collapse, moderate LEVF, On NSS 1,000 ml vein loading 500 ml หลัง Load IV fluid ความดันโลหิต 82/48 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที, On NSS 1,000 ml vein loading 500 ml หลัง Load IV fluid ความดันโลหิต 95/53 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้ง/นาที



หายใจ 20 ครั้ง/นาที ให้ยา Levophed (4:250) vein drip 10 mL/hr. titrate ทีละ 3 mL/hr q 15 min keep MAP $\geq$ 65 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณา Admit ขณะ Admit ผู้ป่วยมีไข้สูงในวันที่ 1-2 พฤษภาคม 2567 มีหายใจเร็ว ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถ off Levophed ได้ วันที่ 3-4 พฤษภาคม 2567 ผู้ป่วยไข้ลงดี ไม่มีเหนื่อย แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ ให้มา Continuous Cef-3 2 gm vein OD ต่อจนครบ 7 วัน ที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง และนัด F/U 2 สัปดาห์ ในวันที่ 17 พฤษภาคม 2567

จากการใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผน สุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน และนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสามารถนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และวางแผนจำหน่าย ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างรับไว้ในความดูแล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแรกเริ่ม :

1. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต
2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากระบบหายใจล้มเหลวจากการมีภาวะช็อก
3. มีภาวะไตสูญเสียหน้าที่เนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปที่ไตลดลง
4. ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงเนื่องจากไตเสียหน้าที่
5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยในระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะดูแลต่อเนื่อง

6. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่

ถูกต้อง

7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะจำหน่าย

8. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน



ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ Hour -1 bundle of care กับกรณีศึกษาและการวิเคราะห์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา	การวิเคราะห์
lactate level	ไม่ได้รับการเจาะ blood lactate	เนื่องจากทางโรงพยาบาล คอนสารไม่สามารถตรวจ blood lactate ได้
Blood cultures before administering antibiotics.	Lab: CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, H/C 2ชุด, UA, UC, EKG, CXR, Film KUB, DTX=121 mg%	ผู้ป่วยได้รับการตรวจ H/C และ UC ตามแนวทาง ผลH/C: no growth ผล UC : Escherichia coli
Administer broad-spectrum antibiotics.	Ceftriazone 2 gm vein OD	ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตาม broad-spectrum
Begin rapid administration of 30mL/kg crystalloid for hypotension or lactate level ≥ 4 mmol/L.	On NSS 1,000 ml vein loading 500 ml * 3 ครั้ง	ผู้ป่วยได้รับการให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำเป็น NSS รวม total load 1,500 ml และมี การประเมินด้วยการ U/S IVC พบ total collapse แสดงถึง ผู้ป่วยมีภาวะช็อก
Apply vasopressors if hypotensive during or after fluid resuscitation to maintain MAP ≥ 65 mm Hg.	On Levophed (4:250) vein drip 10 mL/hr. titrate ทีละ 3 mL/hr q 15 min keep MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท	ผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นความดัน โลหิตเป็น Levophed (4:250) vein drip 10 mL/hr แสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะช็อก



สรุปปัญหาและการวางแผนการพยาบาล :

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ข้อมูลสนับสนุน:

S: ผู้ป่วยบอกรู้สึก และเหนื่อย

O: มีไข้ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 78/50 มิลลิเมตรปรอท MAP 59 มิลลิเมตรปรอท MEW score 3 คะแนน ผล Lab CBC: WBC 6,810 cell/mm³, Neutrophils 70% UA: RBC 1-2cells/HPF, WBC 50-100cells/HPF, Urine out put 75cc/hr. ผล U/C :ตรวจพบเชื้อ Escherichia coli

เป้าหมายทางการพยาบาล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท MAP $\geq$ 65 มิลลิเมตรปรอท MEW score $<$ 4 คะแนน ไม่มีอาการของภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ได้แก่ ตัวแดง มือเท้าอุ่น/ตัวลาย ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด และระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว capillary refill $>$ 2 วินาที หายใจเร็ว กระสับกระส่าย

กิจกรรมการพยาบาล: 1) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในช่วง 1 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาทีในช่วง 1 ชั่วโมงที่ 2 และทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งประเมิน MEW score เพื่อติดตามและประเมินอาการของภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 2) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 1500 ml IV load in 15 min Then NSS 1000 ml IV rate 80 ml/hr เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำ 3) ดูแลเก็บ UC เพื่อตรวจหาเชื้อของโรค 4) ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm vein OD เพื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ และสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น มีผื่นแดง คันตามร่างกาย ปากบวม แน่นหน้าอก 5) ดูแลให้ O₂ Canula 3 lit/min เพื่อเพิ่มการไหลเวียนออกซิเจนในร่างกาย 6) จัดท่าให้อนศีรษะสูง 45 องศา ยกปลายเท้าสูง เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว และเลือดไหลกลับไปหัวใจได้สะดวก 7) Retain foley's cath เพื่อ Observe Urine out put 8) ดูแลให้ยา Levophed (4:250) iv drip 10 ml/hr.titrate ทีละ 3 ml/hr ทุก 15 นาที เพื่อช่วยการหดตัวของหลอดเลือดและสังเกต ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา เช่น หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ กระวนกระวาย หรือหายใจลำบาก



ประเมินผลการพยาบาล: ขณะ Admit ผู้ป่วย มีไข้สูงในวันที่ 1-2 พฤษภาคม 2567 มีอาการเหนื่อย หายใจเร็วขึ้น หายใจ 24-40 ครั้ง/นาที SpO2 93% RA on O2 mask c bag 10 LPM SpO2 100% ไม่มีกระสับกระส่าย on capillary refill 2 วินาที I/O balance สามารถ off Levophed ได้ในวันที่ 2 พฤษภาคม 2567 และจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 4 พฤษภาคม 2567 และให้มา Continuous Cef-3 2 gm vein OD ต่อจนครบ 7 วัน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน และมีนัด F/U 2 สัปดาห์ ในวันที่ 17 พฤษภาคม 2567

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากระบบหายใจล้มเหลวจากการมีภาวะช็อก

ข้อมูลสนับสนุน:

S: ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย

O: หายใจเร็วขึ้นไม่มีกระสับกระส่าย หายใจ 24-40 ครั้ง/นาที MEW score 6 คะแนน SpO2 93% RA

เป้าหมายทางการพยาบาล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท MEW Score < 4 คะแนน SpO2 ≥ 95% ไม่มีอาการแสดงของภาวะร่างกายขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ปีกจมูกบาน เขียวตามปลายมือปลายเท้า

กิจกรรมการพยาบาล : 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว สับสน กระสับกระส่าย 2) วัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการหายใจ 3) สังเกตสีผิว โดยเฉพาะริมฝีปาก เล็บ ผิวหนัง หากมีอาการเขียวคล้ำแสดงถึงการขาดออกซิเจน 4) ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูงยกปลายเท้าสูงเล็กน้อยในช่วงที่มีภาวะช็อก เพื่อช่วยให้กระบังลมหย่อนตัวปอดขยายตัวได้มากขึ้น 5) ดูแลให้ออกซิเจน Mask with Bag 10 lit/min เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 6) ติดตาม SpO2 เพื่อประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน



ประเมินผลการพยาบาล: สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท MAP 73mmHg MEW score 1 คะแนน SpO2 98% RA ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะร่างกายขาดออกซิเจน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: มีภาวะไตสูญเสียหน้าที่เนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปที่ไตลดลง

ข้อมูลสนับสนุน:

S: ผู้ป่วยบอกรู้สึก หนาวสั่น ไม่มีปัสสาวะแสบขัด

O: eGFR 7.6, BUN 98, Cr 5.22 (ประวัติเดิมผู้ป่วย U/D CKD stage3b (11 พฤศจิกายน 2566) eGFR 39.33, Cr 1.34) Urine Output 1,300ml. in 8hr.

เป้าหมายทางการพยาบาล: ปลอดภัยจากภาวะไตสูญเสียหน้าที่

เกณฑ์การประเมินผล: ค่า BUN, Cr ลดลง, ผล eGFR>15, BUN=10-20, Cr=0.6-1.2

กิจกรรมการพยาบาล : 1) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS iv Loading 1,500cc then iv drip 80ml/hr. เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำ 2) ดูแลให้ยา Levophed 4 mg+ 5%D/W 250ml v drip 10 ml/hr. titrate ทีละ 3 ml/hr ทุก 15 นาที เพื่อช่วยการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงที่ไตเพิ่มขึ้น 2) ดูแล Retain foley's cath และติดตามประเมินจำนวน Urine out put เพื่อติดตามการทำงานของไต 3) ติดตามค่า eGFR ,BUN เพื่อติดตามค่าการทำงานของไต 4) Record I/O เพื่อดูความสมดุลของน้ำเข้าและน้ำออกในร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับการ Retain foley 's cath ไว้ Urine ออกดี I/O balance Intake 1,043 ml. Output 1,300 ml. Repeat Lab วันที่ 4 พฤษภาคม 2567 BUN 55 , Cr 2.21 ,eGFR 21.48 ปัญหาได้รับการแก้ไขแต่ยังต้องได้รับการนัด F/U ติดตามค่าการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงเนื่องจากไตเสียหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน:

S: ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีใจสั่น

O: K=5.1 mmol/L0

เป้าหมายทางการพยาบาล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล10: K =3.5-5.0 mmol/L



กิจกรรมการพยาบาล: 1) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมสูง คืออาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจวาย สับสน เพ้อคลั่ง ไม่รู้สึกตัว คลื่นไส้อาเจียน ลำไส้หยุดทำงาน หัวใจเต้นเร็ว และเต้นช้าจนหยุดเต้น ถ้ามีอาการให้รายงานแพทย์ 2) ดูแลให้ผู้ป่วย on monitor EKG เพื่อการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจหากพบ peaked T-wave ให้รีบรายงานแพทย์ 3) บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะชีพจรและอัตราการเต้นของหัวใจเพื่อติดตามการเต้นของหัวใจ 4) ดูแลการให้ kalimate 30gm+น้ำ 50 ml โดยให้ทางปากเพื่อโพแทสเซียมออกจากร่างกายและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา kalimate 5) ติดตามผล electrolyte

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มีอาการอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจวาย สับสน คลื่นไส้อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว ค่า K =3.6 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยในระยะวิกฤต

ข้อมูลสนับสนุน:

S: ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของโรค และแผนการรักษาที่จะได้รับ

O: สิ้นน้ำดูวิตกกังวล

เป้าหมายทางการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล: สิ้นน้ำวิตกกังวลลดลงและให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล: 1) อธิบายแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยซักถามเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล 3) ชี้แจงข้อดี-ข้อเสียของแผนการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีทางเลือกเกี่ยวกับแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาดี สิ้นน้ำกังวลลดลง



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน:

S: ผู้ป่วยบอกดื่มน้ำน้อย ไม่ได้กลั้นปัสสาวะ

O: Case UTI with Septic shock ผล UA (วันที่ 1 พฤษภาคม 2567) WBC 50-100 cell ,RBC 1-2 cell ผล CBC พบ WBC 6,810 cell Neutrophils 70% และผล UC : ตรวจพบเชื้อ Escherichia coli

เป้าหมายทางการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มีอาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล : ผล UA ปกติ(RBC,WBC 0-1 cell), CBC ปกติ (5,000-10,000 cell) ไม่มีอาการติดเชื้อเพิ่มเติม เช่น ไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะเป็นหนอง

กิจกรรมการพยาบาล: 1) ประเมินอาการและติดตามอาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะเป็นหนอง ปวดเบ่งขณะปัสสาวะ 2) ดูแลให้ได้รับยา Ceftriaxone 2gm vein OD เพื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ 3) ติดตามผล Lab UA ,CBC เพื่อติดตามความก้าวหน้าของผลการรักษา 4) ดูแล Flushing เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ 5) แนะนำการปฏิบัติตัว เช่น ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว และไม่กลั้นปัสสาวะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำ

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำ ไม่มีอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเพิ่ม ปัสสาวะได้เอง ไม่มีแสบขัด ไม่มีไข้ ไม่มี F/U Lab UA เพิ่ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoglycemia เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน :

S : ผู้ป่วยบอกเบื่ออาหาร

O : Case DM ก่อนมาและขณะนอนโรงพยาบาลรับประทานอาหารได้ ลดลงน้อยกว่าครั้งถัด DTX = 121 mg%

เป้าหมายทางการพยาบาล : ไม่เกิดภาวะ Hypoglycemia



เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีอาการ Hypoglycemia เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เหงื่อออก ตัวเย็น ซึมลง และระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ 80-200mg% รับประทานอาหารได้มากกว่าครึ่งถาด

กิจกรรมการพยาบาล : 1) ติดตามและประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เหงื่อออก ตัวเย็น ซึมลง ไม่รู้สึกตัว 2) ติดตามระดับน้ำตาล DTX premeal, hs keep 80-200 mg% On RI scale เพื่อเฝ้าระวังระดับน้ำตาลเปลี่ยนแปลง 3) กระตุ้นการรับประทานอาหารและดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ 4) ดูแลให้ยาเบาหวานไว้ก่อน

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มีอาการ Hypoglycemia DTX อยู่ในช่วง 93-282 mg% และรับประทานอาหาร ได้มากกว่าครึ่งถาด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน :

S : ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำและวิธีการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

O : สิ้นสุดกังวล

เป้าหมายทางการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับโรคที่เป็นและสามารถบอกแผนการดูแลตนเองที่บ้าน ได้อย่างถูกต้องตามหลัก D-METHOD

กิจกรรมการพยาบาล: ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ตามหลัก D-METHOD 1) Diagnosis: อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจเกี่ยวกับโรค เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเสื่อมระยะที่ 3 ทำให้มีภูมิคุ้มกันลดลง จึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย 2) Medicine : แนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา วิธีการรับประทานยา ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน CefTRIAXone(Cef-3) 2 gm vein OD start 1/5/67 x7 days as OPD case นับจากวันแรกที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน ,PARACETAMOL TAB. 500 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด หรือ มีไข้ และยาเดิมผู้ป่วย Aspirin 81 mg.1x1o pc, OMEPRAZOLE 20 mg.1x1o ac, FOLIC ACID 5 mg 1x1o pc, SIMVASTATIN 20 mg. 1xhs 3) Environment: แนะนำแหล่งน้ำดื่มที่สะอาดจัด สิ่งแวดล้อมให้สะอาด 4) Treatment : อธิบายอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์เช่น ไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัดหรือปัสสาวะเป็นหนอง ปวดบ่งขณะปัสสาวะ 5) Health : อธิบายการส่งเสริม ฟันฟูสภาพ เช่น การดื่มน้ำมาก ๆ การไม่กลั้นปัสสาวะ การทำความสะอาด



อวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนักโดยล้างทำสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์จากด้านหน้าไปด้านหลัง ไม่ย้อนกลับ
ไป-มา 6) Outpatient : แนะนำการมาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ วันที่ 17 พฤษภาคม 2567 7) Diet: แนะนำ
อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคไตเสื่อม และดื่มน้ำมาก ๆ 6-8 แก้ว/วัน การประเมินผล:
ผู้ป่วยและญาติรับทราบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อประเมินย้อนกลับสามารถตอบคำถาม วิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 73 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ ไข้ หนาวสั่น ไม่มีปัสสาวะแสบขัด
ไม่ปดท้องน้อย รับประทานอาหารได้น้อย ก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน มีโรคประจำตัวเป็น DM with HT with
CKD stage 3b แกร็บที่ ER MEW score 4 คะแนน ได้รับการวินิจฉัย Septic shock with UTI with AKI on
top CKD with Hyperkalemia ได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแล Sepsis Hour-1 BUNDLE ผลลัพธ์ของ
การรักษาพยาบาลบรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิด multiple organ failure ผู้ป่วยได้ Admit ที่โรงพยาบาล
เป็นระยะเวลา 3 วัน ผู้ป่วยอาการปกติดี แพทย์จำหน่ายกลับบ้านและให้ไป Continuous ATB ต่อจนครบ 7 วัน
และนัด F/U 17 พฤษภาคม 2567

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุและเป็นกลุ่มเสี่ยงมีโรคเบาหวานไตวายเรื้อรังถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อ
การติดเชื้อซึ่งเมื่อมีการติดเชื้อมีแนวโน้มที่จะเกิด sepsis และ septic shock มีการศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยมี
ความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางคลินิกทรุดลงของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุ
มากกว่า 65 ปี หรือผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ รวมทั้งผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานโรคไตเรื้อรัง
โรคมะเร็ง โรคตับ¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันจิรา กุญแก้ว ที่ว่าพยาบาลมีความสำคัญในการเฝ้าระวัง
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจึงต้องมีสมรรถนะในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ Early warning signs เพื่อค้นหา ประเมิน
คัดกรอง และเฝ้าระวังอาการทรุดลง และให้การดูแลรักษาตามแนวทางเพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย
และลดอัตราการเสียชีวิต² ซึ่งภาวะช็อกจากการติดเชื้อเป็นกลุ่มอาการของการไหลเวียนเลือดสู่อวัยวะส่วนปลาย
ลดลง เกิดการทำลายของอวัยวะในร่างกาย การรักษาพยาบาลต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลในการประเมิน
ที่รวดเร็วตั้งแต่การวินิจฉัยการติดเชื้อ (sepsis) ความรวดเร็วในการให้การรักษาและให้การพยาบาลในระยะ 1 ชั่วโมง
ตาม hour 1-bundle ของ Surviving Sepsis Campaign 2021⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัย แก้วหาวงค์
และดลวิวัฒน์ แสนโสม พบว่า พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อคัดกรองค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะ
ติดเชื้อในกระแสโลหิตด้วยการใช้ qSOFA score เมื่อคัดกรองผู้ป่วยได้รวดเร็วทำให้สามารถให้การรักษาพยาบาล



ได้ทันที ประกอบด้วยการเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะทันทีภายใน 1 ชั่วโมง เพื่อลดและรักษาการติดเชื้อในร่างกาย การให้สารน้ำที่เป็น crystalloid 30ml/kg ทันที โดยพิจารณาจากค่า blood lactate ที่ ≥ 4 เพื่อรักษาภาวะ hypo- tissue perfusion ถึงแม้จะไม่พบภาวะความดันโลหิตต่ำก็ตาม จะสามารถแก้ไขและลดความรุนแรงของอาการผู้ป่วยลงได้ภายใน 6 ชั่วโมงแรก หลังจากเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะในระบบไหลเวียนโลหิตที่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วโดยวัดได้จากค่า blood lactate¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรวีก เอ็ม โฮ การใช้ qSOFA score ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปรวมกับการใช้ค่า blod lactate มากกว่า 4 ขึ้นไป ช่วยทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตได้ถึงร้อยละ 55 ส่งผลทำให้ทีมผู้ดูแลมีความตระหนักถึงความรุนแรงของผู้ป่วยและเร่งให้การรักษาผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย¹⁹

วิจารณ์กรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้มารับบริการด้วย ภาวะ septic shock โดยผู้ป่วยดูแลตนเองในเบื้องต้นคือการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใกล้บ้านแต่อาการไม่ทุเลาจึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลคอนสาร ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะ sepsis หรือ septic shock ได้อีกเพราะผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง จึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและกลุ่มอาการ sepsis เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เร็วมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. นำเสนอทีมนำการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) ให้มีการตรวจ blood lactate ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต
2. ควรมีการพัฒนา Competency ของพยาบาล และนิเทศ กำกับ ติดตามในการปฏิบัติตามแนวทาง Sepsis guideline อย่างต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลเกิดทักษะในการดูแลกลุ่มผู้ป่วย Septic shock สามารถลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้
3. ควรมีการนำ qSOFA score มาใช้ร่วมกับ MEW score ในการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต
4. ควรมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบ 1-hour Sepsis Bundle มุ่งเน้นกระบวนการรักษาและการพยาบาลที่รวดเร็วเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
5. เผยแพร่ความรู้เรื่องติดเชื้อในกระแสโลหิตเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง รพ.ได้เร็วขึ้น



เอกสารอ้างอิง

1. กัญญณ์พัชร์ สีทอง, พยอม ถิ่นอ่อน, กรรวิ พุเต็มวงศ์, นันทน์สิน นาคกุล, พิรพัฒน์ เตชะกันทา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการทางคลินิกทรุดลงในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมง. วารสารกองการพยาบาล. 2023;50(2):16-29.
2. จันจิรา กุยก้าว. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2022;7(2):22-29.
3. ขวนพิศ วงศ์สามัญ , กล้าเผชิญ โชคบำรุง. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2545.
4. ณัฐยานันท์ บุญมาก. การพยาบาลฉุกเฉินในภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. J Med Health Sci. 2019;26(1):66-73.
5. ทศนีย์ ภูนาฤทธิ์. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2023;8(3):124-133.
6. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์ ,สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์ ,ชยธิดา ไชยวงศ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7:319-29.
7. เพลินตา ศิริปการ, สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ, กาญจนา สิมะจารีก, ขวนพิศ ทำนอง. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2551. หน้า 1-38.
8. มหาวิทยาลัยมหิดล. โรงพยาบาลศิริราช. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค.2568].เข้าถึงได้จาก: <https://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/sirirajknowledge/sepsis/3545>
9. วารุณี มีเจริญ. แนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรมเล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. สระบุรี: โรงพิมพ์ปากเพียวการช่าง 2; 2548.
10. วิพร เสนารักษ์. การวินิจฉัยการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 11. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2551.



11. วิจิตรา กุสมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2560. หน้า 37-64.
12. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, ขวณพิศ ทำนอง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนันทวิทยา; 2551.
13. สุทธิชัย แก้วหาวงค์, ดลวิวัฒน์ แสนโสม. ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลระยะ 1 ชั่วโมงแรกต่อผลลัพธ์ที่คัดสรรในผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่แผนกฉุกเฉิน. Journal of Nursing and Health Care. 2020;38(1):1.
14. สมาลี รูปเหิรยญ. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Septic shock งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลดงหลวงจังหวัดมุกดาหารปี 2566. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):182-189.
15. แสงสม เพิ่มพูน. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก (Septic shock). ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ครั้งที่ 12; 9-10 ก.ค. 2563.
16. อนุกุล เปล่งปลั่ง. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลระยอง. 2565;21:39.
17. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>
18. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Crit Care Med. 2021;49(11)
19. Ho KM, Lan NS. Combining quick Sequential Organ Failure Assessment with plasma lactate concentration is comparable to standard Sequential Organ failure Assessment score in predicting mortality of patients with and without suspected infection. Journal of Critical Care. 2017;38:1-5.



คำแนะนำและการเตรียมส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงาน บทความวิชาการ ความรู้ ความคิด และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดความรู้อันเป็นประโยชน์แก่บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่สนใจ จึงขอเชิญบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้สนใจทุกท่าน ร่วมส่งบทความวิชาการ บทความวิจัย และบทความนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ สาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ตีพิมพ์ทุก 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ (ฉบับมกราคม - มิถุนายน และฉบับกรกฎาคม - ธันวาคม)

ประเภทของบทความ

1. **บทบรรณาธิการ (Editorial)** เป็นบทความสั้น ๆ ที่บรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรเขียนแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่าง ๆ
2. **บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ (Report)** ที่กองบรรณาธิการเห็นว่าควรนำมาเผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์ต่อบุคคลโดยรวม
3. **นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)** เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอื่น ๆ จัดทำขึ้น ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้ประพันธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. **ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ**
 - 1.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
 - 1.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 ซม. ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ขอบขวา 1 นิ้ว
 - 1.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16



2. การเรียงลำดับเนื้อหา

2.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

2.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดขวาใต้ชื่อเรื่อง
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ
- E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

2.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

2.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point

2.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

2.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



2.7 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย

- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

2.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใช้ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

3. รูปภาพและตาราง

- ให้พิมพ์แทรกในบทความ โดยเขียนหัวเรื่องกำกับไว้เสมอ

4. การเตรียมเอกสารอ้างอิง

- ให้ใช้การอ้างอิงตามระบบ Vancouver โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

<https://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>



เงื่อนไขในการลงตีพิมพ์

1. เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ
3. บทความที่นำมาตีพิมพ์ลงใน “วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม” ไว้แล้ว ถ้ามีความประสงค์จะนำไปตีพิมพ์ที่อื่นต้องผ่านความเห็นชอบของเจ้าของบทความ และกองบรรณาธิการก่อน

ข้อมูลการติดต่อสื่อสาร

1. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ที่อยู่ 356 ถนนอภิบาลบัญชา ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม
2. ผู้ประสานงาน : นางสาวเบญจมาศ วันนาพ้อ หมายเลขโทรศัพท์ 09 8832 4449
นางสาวธัญญลักษณ์ ทอนราช หมายเลขโทรศัพท์ 08 1616 5497
นางสาวพัชรินทร์ วงดา หมายเลขโทรศัพท์ 09 3413 0698



วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

JOURNAL OF NAKHONPHANOM PROVINCIAL HEALTH OFFICE

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

356 ถ.อภิบาลัญชา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000

โทรศัพท์: 042-520146, 042-512446

Email: journal.nkp@gmail.com

LINE OA วารสาร :



ISSN 3056-9966 (ONLINE)