

วารสารวิชาการ

เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

AJPPD

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2566

VOL.1 NO.3 September-December 2023



บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข มีนโยบายเพื่อเผยแพร่บทความวิจัย (Research Paper) และบทความวิชาการ (Academic Paper) ด้านการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ แพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุขทุกสาขา และผู้สนใจในด้านระบบบริการสุขภาพ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 3 (ปีที่ 1 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รับรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข เดือนกันยายน – ธันวาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ รูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา, องค์การแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธารักษ์ จังหวัดหนองคาย, ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำผักกูด อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช, ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาบอน, ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดกระบี่, โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลหงษ์เจริญ อำเภอท่าชะ จังหวัดชุมพร เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่าน และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุขต่อไป

(นายบุญเรือง ขาวนวล)

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
รูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการกระจายอำนาจของ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา The Operational Models According to the Roles of District Health Offices after Decentralization by Ministry of Public Health, Songkhla Province. รัตนนริศ สุวรรณรัตน์ และวีระศักดิ์ เดชอรัญ	1-13
องค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนพิสัย จังหวัดหนองคาย Learning organization that is related to the performance of the role in the family doctor team of village health volunteers, Phon Phisai District, Nong Khai Province. สุภัค ดิยะประวัตติ	14-28
ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลลำผักกูด อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี Results of the health promotion program for hypertensive patients. Lam Phak Kut Subdistrict Health Promoting Hospital, Thanyaburi District, Pathum Thani Province. วิทยา ถาวรรัตน์	29-42
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัด นครศรีธรรมราช Factors associated with birth weight of live-born infants at Nabon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. อรอุมา เชื้อหมอเผ่า	43-58
ความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาบอน Health literacy and blood sugar control in patients with type 2 diabetes at Nabon Hospital. ปิยนาฏ แซ่ก่ง	59-72
ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง Effects of Self – Efficacy Promotion in Home bound Elderly Caregivers of Elderly Caregivers in Bang duan Subdistrict, Palain District, Trang Province. นิวิติ แก้วเอียน	73-88



เรื่อง	หน้า
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดกระบี่ Health Literacy and self-care behaviors to prevent stroke in the group at high risk of cerebrovascular disease in Krabi province. นัยนา ชนะ	89-100
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลหงษ์เจริญ อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร Behavioral Change Program for Prevention and Control of Dengue Fever at Hong Charoen Subdistrict, Tha Sae District, Chumphon Province. อนุกุล พลวัชรินทร์	101-113
เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ กับผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช Health-promoting behaviours of patients with Hypertension who can control and uncontrol their blood pressure, Ron Phibun District, Nakhon Si Thammarat Province. อัญชิษฐา ไชยวิเชียร	114-125
การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลคำมวง : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care for premature mothers Khammuang Hospital: 2 case studies. พัชริยาภรณ์ ศิลวิชัย	126-136
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา Factors related to access to health services for female sex workers in the area of Samnak Kham Subdistrict, Sadao District, Songkhla Province. วัชรวิ ชิตมณี	137-149

รูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการกระจายอำนาจ
ของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา

The Operational Models According to the Roles of District Health Offices
after Decentralization by Ministry of Public Health, Songkhla Province.

รัตนันริศ สุวรรณรัตน์¹, วีระศักดิ์ เดชอรัญ²

^{1,2} สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

(Received: August 3, 2023; Accepted: December 1, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาสถานการณ์ สร้างรูปแบบและศึกษาความเหมาะสม
ความเป็นไปได้การดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการกระจายอำนาจของกระทรวง
สาธารณสุข จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 130 คน ประกอบด้วย
1) สาธารณสุขอำเภอ 16 คน 2) ตัวแทนชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย 8 คน 3) ตัวแทน สปสช. 1 คน
4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 108 คน เก็บข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร
จากแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการอภิปรายกลุ่มระยะเวลาเดือนตุลาคม
2565 – มีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบประกอบด้วย 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วม 2) บันทึกข้อตกลงการ
ปฏิบัติงานร่วมของเครือข่าย 3) กำกับ ดูแลตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ 4) แต่งตั้งผู้ประสานงาน
สาธารณสุขตำบล 5) สนับสนุนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและระบบสารสนเทศ 6) พัฒนาสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยบริการด้านส่งเสริมสุขภาพหรือบริการด้านแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือก
ผลการศึกษาสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ ความเหมาะสมในการพัฒนาเป็นหน่วยบริการ พบว่ารูปแบบหน่วย
บริการส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X} \pm SD$; 4.54±0.49) และรูปแบบหน่วยบริการด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
($\bar{X} \pm SD$; 4.47±0.65)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ควรผลักดันรูปแบบดังกล่าว เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายแก่กระทรวง
สาธารณสุข

คำสำคัญ: การถ่ายโอนภารกิจ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, รูปแบบ

Abstract

This study relied on research and development to examine the situation; create the models; and examine suitability as well as feasibility of operation according to the roles of district health offices after decentralization by Ministry of Public Health, Songkhla Province. The samples included 151 public health officers obtained by purposive sampling, i.e., 1) 16 Public Health Executive, 2) 16 Public Health Executive Assistant 3) 8 representatives from Public Health Association of Thailand, 4) 3 Executive Positions of Provincial Public Health Office. 5) 1 representative from NHSO, and 6) 107 public health officers from district health offices. The data was collected by literature review, the questionnaire, the interview form, focus group, and group discussion between October 2022 – March 2023; and then analyzed by descriptive statistics and content analysis.

The results revealed that the model 1) Prepare a joint strategic plan. 2) Memorandum of Agreement on Joint Operation of the Network. 3) Supervise and supervise the standards of Primary care service. 4) Appoint a District Health Coordinator. 5) Support health literacy and information systems. 6) Develop the District Public Health Office as a unit of health promotion services or services of Thai traditional or alternative medicine. and result of the inquiry, opinion, feasibility. Suitability for development as a service unit It was found that the model of the health promotion service unit $\bar{X} \pm SD; 4.54 \pm 0.49$ and model of Thai traditional and alternative medicine services $\bar{X} \pm SD; 4.47 \pm 0.65$.

For the suggestion, the models should be driven as a proposed policy for Ministry of Public Health.

Keywords: Health service provision decentralization, District Public Health Office, Model

บทนำ

นโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ได้บัญญัติขึ้นตามกฎหมายมุ่งเน้นที่จะถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ อำนาจดูแลจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามกฎหมายที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไกและขั้นตอนในการกระจายหน้าที่และอำนาจ ตลอดจนงบประมาณและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่และอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานอนามัยเดิม โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม และในระยะสุดท้ายให้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2565) ปี 2565 จังหวัดสงขลา ได้มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา จำนวน 32 แห่ง และมีแผนการถ่ายโอนภารกิจในปี 2566 อีก 35 แห่ง รวม 67 แห่ง โดยกำหนดให้มีการถ่ายโอนทั้งบุคลากร งบประมาณและทรัพย์สิน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) เพื่อเป็นหน่วยงานส่วนกลางในการดำเนินงานเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่น พร้อมทั้งได้จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ของจังหวัดนั้น เพื่อเป็นกลไกของท้องถิ่นในการดำเนินงานกระจายอำนาจในระดับพื้นที่ดังกล่าว

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหรือภารกิจกฎหมาย 6 ด้านในเขตพื้นที่อำเภอ ได้แก่ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข 3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุข ให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง 5) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ และ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย (กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560. 2560 มิถุนายน 14. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 134 ตอนที่ 64 ก. หน้า 4) จากการดำเนินงานที่ผ่านมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยงานหลักที่สนับสนุนการดำเนินงานทุกภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นตามสิทธิขั้นพื้นฐาน รวมถึงบริการสุขภาพอื่นตามบริบทของพื้นที่ โดยการสนับสนุนในรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Contracted unit of Primary care: CUP ทั้งการบริหารจัดการ งบประมาณ การรับ – ส่ง ต่อผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งเมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง การบริหารจัดการด้านต่างๆ ส่งผลให้บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือภารกิจเดิม เพื่อให้มีการเอื้ออำนวยในการบริหาร จัดการด้านต่างๆ สนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทั้งที่มีการถ่ายโอนภารกิจและไม่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด บนพื้นฐานที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน อาทิเช่น ด้านอัตรากำลัง ด้านการประสานงาน ด้านการสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อาจจะทำให้หลายรูปแบบ โดยต้องพิจารณาในด้านความพร้อมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบกับบริบทของพื้นที่ จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด และความร่วมมือจากเครือข่ายหรือหน่วยงานอื่น เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องมีการบูรณาการความร่วมมือ ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินการ และการติดตามประเมินผลเป็นระยะ มุ่งให้เกิดการดำเนินการร่วมกันแบบภาคีหุ้นส่วน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาบทบาทให้มีการตอบสนองต่อความต้องการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด
3. เพื่อศึกษาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการของรูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2565 – เมษายน 2566 ดังนี้

ขั้นตอนการพัฒนา

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบโดยใช้วงจร PAOR Kemmis, S. & Mc-Taggart, R. (1989) 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ทำการศึกษาข้อมูล ทฤษฎี สถานการณ์การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข โดยทำการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจากเอกสาร และยกร่างรูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นที่ 2 สร้างรูปแบบ โดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ Kemmis, S. & Mc-Taggart, R. (1989) ประกอบด้วย **วางแผน (Plan)** ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในจังหวัดสงขลา วิเคราะห์ วางแผน จัดวงปรึกษา และจัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนาบทบาทการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ **ปฏิบัติ (Action)** ร่างรูปแบบการดำเนินงาน ประเภทอำเภอที่ถ่ายโอนภารกิจร้อยละ 100 ถ่ายโอนภารกิจบางส่วนและไม่ถ่ายโอนภารกิจ **สังเกตการณ์ (Observation)** สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ และ **สะท้อนกลับ (Reflect)** การทบทวนบทเรียน

ขั้นที่ 3 ศึกษาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประเมินความพึงพอใจของรูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 25 คน ประกอบด้วยสาธารณสุขอำเภอ 16 คน, ตัวแทนชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย 8 คน, ตัวแทน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 1 คน

ขั้นที่ 2 สร้างรูปแบบ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วยสาธารณสุขอำเภอ 16 คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 16 คน ผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 คน ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด 3 คน รวม 36 คน

ขั้นที่ 3 ศึกษาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประเมินความพึงพอใจของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำหนดคุณสมบัติคือ ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม่น้อยกว่า 1 ปี และไม่เป็นผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คำนวณตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย 107 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ใช้แบบบันทึกข้อมูลและแนวคำถามการสนทนากลุ่มประเด็นสถานการณ์การดำเนินงานในปัจจุบันเป็นอย่างไร

ขั้นที่ 2 สร้างรูปแบบ โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้
1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มในประเด็นบทบาทที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ของกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ 2) แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม ในประเด็นบทบาทหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรเป็นอย่างไร ของกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นความคิดเห็นต่อรูปแบบ ของผู้บริหารระดับจังหวัด

ขั้นที่ 3 ศึกษาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประเมินความพึงพอใจของรูปแบบ ใช้แบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมิน stufflebeam (1989) 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอรรถประโยชน์, ความเป็นไปได้, ความเหมาะสม, ความถูกต้อง กำหนดเกณฑ์การแปลผลการให้คะแนนจากเกณฑ์ของ Likert (1932) 5 ระดับ ได้แก่

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึงระดับความพึงพอใจดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจดี

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึงระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึงระดับความพึงพอใจระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึงระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพ

ขั้นที่ 1 ขั้นศึกษาสถานการณ์ แบบบันทึก ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00

ขั้นที่ 2 สร้างรูปแบบ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม แบบสังเกต และแบบบันทึก ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00

ขั้นที่ 3 ศึกษาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประเมินความพึงพอใจของรูปแบบ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม

แบบสังเกต และแบบบันทึก ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ ประสานงานส่งถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล นัดวัน เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก

2. การสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมแล้ว เก็บข้อมูลเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ การปกปิดข้อมูล และการถอนตัวให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

3. การอภิปรายกลุ่ม เก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ โดยผู้วิจัยนัดวัน เวลา และชี้แจงข้อคำถามแก่ผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องของแบบสอบถาม แล้วประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจ โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เสียงบันทึกจากการสัมภาษณ์จะถูกถอดเทปแบบคำต่อคำ โดยจะถอดเทปทุกหลังหลังจากการสัมภาษณ์ในครั้งหนึ่ง ๆ จบ เพื่อนำ

ประเด็นที่อาจจะตกหล่นไปเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้วิธี Thematic analysis และ Content analysis (เอี่ยมพร หลินเจริญ, 2555)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สถานการณ์การดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พบว่า การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอซึ่งเป็นหน่วยงานที่กำกับการปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นไปตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ขาดอำนาจการบังคับบัญชา การติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อประชาชนได้รับผลกระทบการบริการสุขภาพในพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงประเด็นพัฒนาความร่วมมือการดำเนินงานบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สาธารณสุขอำเภอ	ชมรมสาธารณสุขฯ	สปสช.	ความเห็นร่วม
ประเด็น: บทบาท			
บทบาทด้านกฎหมาย, พ.ร.บ., การให้บริการ หน่วยบริการ	พัฒนาเป็นหน่วยบริการ	สสอ. สามารถขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการได้	คงบทบาทเดิม เพิ่มภารกิจอื่นตามบริบทพื้นที่
ประเด็น: โครงสร้าง			
งานที่ต้องดำเนินการร่วม งานกฎหมาย, งานคุ้มครองผู้บริโภค	พิจารณาบุคลากรไม่ถ่ายโอนแล้วเปิดกรอบใหม่งานส่งเสริมงานแผนไทย สามารถเพิ่มภารกิจได้	ภาระงาน ความพร้อมด้านบุคลากร โครงสร้างของสสอ. ในการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ	พิจารณาอัตรากำลังบุคลากรไม่ถ่ายโอน, ขยายกรอบเดิมของสสอ. เช่นงานคุ้มครองผู้บริโภค
ประเด็น: บุคลากร			
ตำแหน่ง, โครงสร้างตามกรอบฯ, จัดกลุ่มบุคลากรไม่ถ่ายโอน	ตำแหน่ง, โครงสร้างตามกรอบฯ, จัดกลุ่มบุคลากรไม่ถ่ายโอน	ตำแหน่ง, โครงสร้างตามกรอบฯ, จัดกลุ่มบุคลากรไม่ถ่ายโอน	ตำแหน่ง, โครงสร้างตามกรอบฯ, จัดกลุ่มบุคลากรไม่ถ่ายโอน
ประเด็น: งบประมาณ			
เงินสนับสนุนลดลง	ขอรับเงินอุดหนุนจากสปสช. ได้ โดยต้องเปิดเป็นหน่วยบริการ, เงินจาก CUP	หน่วยบริการขึ้นทะเบียน ได้รับเงินสนับสนุน	ความเห็นตรงกัน
ประเด็น: ภาระงาน			
หากขยายกรอบ ภาระงานเพิ่มขึ้น	ผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย ค่าตอบแทนตามภาระงาน	แบ่งพื้นที่รับผิดชอบให้ชัดเจน, MOU ร่วมในระดับอำเภอ	ยึดอัตราค่าจ้างที่มี พิจารณาร่วมกับเกณฑ์ สปสช.

จึงได้ยกร่างรูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามกรอบการดำเนินงานของทฤษฎีการจัดการ POCCC ดังนี้

P: Planning ด้านแผนงาน ควรมีแผนยุทธศาสตร์ร่วมระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยยึดปัญหาตามบริบทพื้นที่เป็นสำคัญ วาง

แผนการมอบหมายงาน หน้าที่แก่บุคลากรตามภาระงานของกรอบวิชาชีพ และการวางแผนด้านการเงิน แผนงบประมาณรายจ่ายประจำปีของหน่วยบริการที่ถ่ายโอน ภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

O: Organizing การจัดโครงสร้างองค์กร โดยยึดตามกรอบโครงสร้างองค์กรของสำนักปลัดกระทรวง

สาธารณสุข โดยพิจารณาวิชาชีพเป็นสำคัญ และสามารถเปิดกรอบโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพิ่มตามบริบทของพื้นที่ เช่น เขตพื้นที่เมือง เขตชายแดน หรือพื้นที่ธุรกันดาร เป็นต้น

C: Commanding การสั่งการ การบันทึกข้อตกลงร่วม (MOU) ดำเนินการร่วมในบางประเด็น เช่น การควบคุมโรค การรักษามาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และในประเด็นอื่น อาศัยการขอความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจดังกล่าว

C: Coordinating การประสานงาน โดยการจัดบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบพื้นที่รายตำบล “ผู้ประสานงานสาธารณสุขตำบล” ทำหน้าที่ประสานงาน สนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยยึดเป้าหมายประชาชนเป็นสำคัญ

C: Controlling การควบคุม การรักษามาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.256

2. รูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด

1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ

กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ร่วมระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยยึดข้อมูลประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่เป็นหลัก เชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจ ในลักษณะของการมีส่วนร่วม

2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ

การจัดบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานของหน่วยบริการ และทำข้อตกลงร่วมระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการส่งแพทย์ บุคลากรสหวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด

3) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

พัฒนาความร่วมมือ โดยใช้เกณฑ์กลางคือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2566 ซึ่งบทบาทหลักของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือ การสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ให้มีมาตรฐานตามเกณฑ์และยกระดับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพแบบ One Stop Service ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ การจดทะเบียน การยื่นคำร้องต่างๆ การตอบไต่สวนของสถานบริการ

4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง

การสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์การแพทย์แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดำเนินการโดยการบริหารของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ตั้งแต่การวิเคราะห์ภารกิจ ต้นทุน งบประมาณ ตลอดจนทรัพยากรด้านบุคคล

5) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ ในเขตพื้นที่อำเภอ

การสนับสนุนการดูแลระบบสารสนเทศ โปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการ ตลอดจนการส่งเสริมการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะหน่วยงานให้สนับสนุนให้ข้อเสนอแนะตามภารกิจ ตัวชี้วัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กำหนดเป็นประเด็นของพื้นที่

6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

การขอสนับสนุนปฏิบัติงานร่วม ได้แก่ การปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคติดต่อ การออกหน่วยปฐมพยาบาล จุดตรวจเทศบาล เป็นต้น

7) ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

โดยการพัฒนาลำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยบริการสาธารณสุข ตามเกณฑ์หน่วยบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการรอคอยของ

ประชาชน และสามารถเพิ่มแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจแก่บุคลากรสาธารณสุข โดยสามารถพัฒนาเป็นหน่วยบริการ ได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

(1) คลินิก/หน่วยบริการส่งเสริมสุขภาพ ทุกสหวิทยาการสามารถให้บริการได้ กำนดให้มีอย่างน้อยพยาบาลวิชาชีพ 1 ตำแหน่ง ซึ่งจัดบริการ ได้แก่ 1) ในอาคารสำนักงาน เช่น การตรวจหาหมู่เลือด การให้คำปรึกษาทางการแพทย์ หรือการขอจดทะเบียนต่างๆ 2) จัดบริการในโรงงาน ได้แก่ การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ 3) จัดบริการในชุมชน ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากความเสี่ยง การให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคกรณีจำเพาะ

(2) คลินิกด้านการแพทย์แผนไทย จำเป็นต้องมีบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่ไม่ถนัดโอนภารกิจให้บริการด้านการรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพร การนวด ประคบ การอยู่ไฟหลังคลอด โดยที่บุคลากรจำเป็นต้องปฏิบัติงานประจำสถานบริการ

ความเหมาะสม ความเป็นไปได้และประโยชน์ต่อประชาชนในการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นต่อรูปแบบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (n=107)

รายการ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความหมาย
รูปแบบที่ 1 การกิจเดิม+คลินิกการส่งเสริมสุขภาพ			
ด้านอรรถประโยชน์	4.78	0.44	มากที่สุด
ด้านความเป็นไปได้	4.59	0.46	มากที่สุด
ด้านความเหมาะสม	4.58	0.40	มากที่สุด
ด้านความถูกต้อง	4.22	0.67	มาก
รวม	4.54	0.49	มากที่สุด

รายการ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความหมาย
รูปแบบที่ 2 ภารกิจเดิม+แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก			
ด้านอรรถประโยชน์	4.89	0.22	มากที่สุด
ด้านความเป็นไปได้	4.33	1.00	มาก
ด้านความเหมาะสม	4.22	.67	มาก
ด้านความถูกต้อง	4.44	0.73	มาก
รวม	4.47	0.65	มากที่สุด

จากตาราง พบว่า รูปแบบที่มีความเหมาะสม ถูกต้อง เป็นไปได้ และมีอรรถประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือ รูปแบบที่ 1 บทบาทตามภารกิจเดิม พัฒนาเป็นหน่วยบริการให้การส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่เห็นว่าเกิดอรรถประโยชน์มากที่สุดในการพัฒนาบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษารูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา พบว่าปัญหาด้านบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังการ

ถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา อำเภอที่มีการถ่ายโอนภารกิจร้อยละ 100 ส่งผลกระทบต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการดำเนินงานตามประกาศกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 เนื่องจากไม่มีหน่วยงานในสังกัด

ให้กำกับ ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และขาดการบังคับบัญชา อาจส่งผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ถือเป็นอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แนวคิดหลักในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มองว่า หน่วยงานระดับท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่เข้าถึงประชาชนในชุมชนมากที่สุด ซึ่งการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะทำให้ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพตามความต้องการ หรือภายใต้บริบทของพื้นที่ อีกทั้งเกิดความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่แบบองค์รวม แต่อาจเป็นช่วงระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านด้านการบริหารที่พบปัญหาการดำเนินงานไม่ราบรื่นในด้านการบริหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ (รุจิณา อรรถสิทธิ และประสิทธิ์ สิริพันธ์, 2548) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์และเงื่อนไขการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น: กรณีศึกษาจากการพัฒนานำร่องรูปแบบ กสพ. จังหวัดภูเก็ต พบว่า ได้ข้อสะท้อนของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) 4 ข้อ

- 1) ท้องถิ่นมีความพร้อมรับผิดชอบการกระจายอำนาจ
- 2) ความจริงจังและการประณีตระมัดระวังคือบทบาทสำคัญ
- 3) ประชาคมดีในหลักการแต่อ่อนปฏิบัติ 4) อนาคตต้องเสริมการพัฒนาและเรียนรู้

ด้านรูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พบว่า ประเด็นที่ 1 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ควรมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด เนื่องจากการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีการกำหนดตัวชี้วัดโดยหน่วยงานระดับปทุมภูมิ

อาจไม่สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่มองภาพรวมของประเทศเป็นสำคัญ และเป็นประโยชน์ในด้านการสนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประเด็นที่ 2 การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ ควรมีการเตรียมการในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ ในด้านการปฏิบัติงานหมุนเวียนของแพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ที่ต้องปฏิบัติงานในหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ควรคำนึงในประเด็นการสนับสนุน การเบิกจ่ายงบประมาณ ทรัพยากรทางการแพทย์ด้วย ประเด็นที่ 3 การกำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงาน สามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ในการสนับสนุนด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการตรวจทางห้องปฏิบัติการในลักษณะของเครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้งนี้การสนับสนุนดังกล่าวควรอยู่ภายใต้กรอบการดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพประชาชนได้รับบริการสุขภาพตามความต้องการ ประเด็นที่ 4 ขึ้นทะเบียนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยบริการสามารถทำได้ เป็นการเพิ่มการเข้าถึงของประชาชน ซึ่งสามารถจดทะเบียนได้ 2 รูปแบบ คือ หน่วยบริการส่งเสริมสุขภาพ และหน่วยบริการด้านแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอส่วนใหญ่ เห็นว่ารูปแบบที่ 1 บทบาทตามภารกิจเดิม พัฒนาเป็นหน่วยบริการให้การส่งเสริมสุขภาพ เหมาะสม มีความเป็นไปได้ในการพัฒนาเป็นหน่วยบริการ อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สายงานสนับสนุน หรือตำแหน่งด้านวิชาการ ซึ่งสามารถให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพได้ อาทิเช่น การตรวจหาหมู่เลือด การให้คำปรึกษา การรับรองสถานบริการ เป็นต้น อีกทั้งภาระงานหรือ

หน้าที่ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ไม่ต่างจากภารกิจเดิมที่ดำเนินการในปัจจุบันทั้งการออกหน่วยให้บริการสุขภาพในชุมชน หรือหน่วยเฝ้าระวังโรคระบาด หรือภาวะผิดปกติของสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ รวมถึงการให้บริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อาทิเช่น การประเมินรับรองมาตรฐานสถานบริการ การจดทะเบียนจำหน่ายยาหรือปลูกถ่ายยา เป็นต้น อย่างไรก็ตามรูปแบบที่ 2 ภารกิจเดิมบริการร่วมแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำแหน่งแพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย บุคลากรสายงานนี้ส่วนใหญ่เป็นพนักงาน ลูกจ้าง ที่ไม่ใช่ข้าราชการ หากไม่ประสงค์ถ่ายโอนภารกิจ ก็อาจสิ้นสุดสัญญาการจ้างงานหรือต้องหาสถานที่ปฏิบัติงานใหม่ ฉะนั้นหากอำเภอใดมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสายวิชาชีพแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกไม่ประสงค์ถ่ายโอนภารกิจ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามารถดำเนินการตามรูปแบบที่ 2 นี้ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (ลือชัย ศรีเงินวง และคณะ, 2555) พบว่า 2 ใน 3 สถานบริการสาธารณสุขไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม พบปัญหาเรื่องการปรับตัวการบริหารจัดการ สนับสนุนจาก CUP ไม่ราบรื่น ใน

พื้นที่ถ่ายโอนราบรื่นพบว่า เจ้าหน้าที่และผู้นำท้องถิ่นจับมือกันได้ดี ก่อให้เกิดบริการสุขภาพที่หลากหลายเข้าถึงง่าย โดยรวมรูปแบบบริการไม่ต่างจากเดิม ทั้งนี้ข้อกำหนดในการพัฒนาเป็นหน่วยบริการประเภทนี้หน่วยงานต้องมียุทธศาสตร์รองรับในการพัฒนาด้านโครงสร้าง และจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ในการเปิดให้บริการดังกล่าว

การนำรูปแบบทั้ง 2 รูปแบบนี้ ขึ้นอยู่กับความพร้อมด้านโครงสร้างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ที่ควรมีความพร้อมในระดับดี ซึ่งจะสามารถให้ภารกิจงานดำเนินการอย่างราบรื่น และความคิดเห็นผู้บริหารทุกระดับมีความสำคัญในการพัฒนาบทบาทการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ข้อจำกัดการวิจัย

การทดลองใช้รูปแบบดังกล่าว มีข้อจำกัดของการดำเนินงานในระดับการปฏิบัติ ซึ่งสามารถผลักดันเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายแก่กระทรวงสาธารณสุขได้

เอกสารอ้างอิง

- Kemmis, S. & Mc-Taggart, R. (1989). *The action research planner*. Geelong: Deakin
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). "Determining Sample Size for Research Activities". *Educational and Psychological Measurement*. 30(3) : 607 – 610.
- Likert R, A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives. of Psychology*. 1932. P.1–55.
- Stufflebeam D. L, CIPP Evaluation Model Checklist. Accessed 26 September 2023 from www.wmich.edu/evalctr/checklists.
- Stufflebeam, D.L. and W. J. Webster (1989). Evaluation as an Administrative Function, in N.J.

กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และกองสาธารณสุขท้องถิ่น.

“แนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) และกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.).” ใน *แนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) และกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.)*, 129. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.

จรรยาพร ศรีศุภลักษณ์. (2560). *สรุปบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. การประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข (WM) ครั้งที่36. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.*

รุจิราณ อรรถสิทธิ ประสิทธิ์ สิริพันธ์. *สถานการณ์และเงื่อนไขการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น : กรณีศึกษาจากการพัฒนานำร่องรูปแบบ กสพ. จังหวัดภูเก็ต. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2548.*

ลือชัย ศรีเงินยวง, ประเชิญ ศิริวรรณ, สายสุตา วงศ์จินดา, และ สลักจิต ชื่นช. *การถ่ายโอนสถานีนอนมัยสู่ท้องถิ่น: การสังเคราะห์บทเรียนจากกรณีศึกษาพื้นที่ถ่ายโอน และข้อเสนอเชิงนโยบาย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2555.*

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2552). *ทฤษฎีการประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 1.สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.*

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2565).

แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.

เอื้อมพร หลินเจริญ. (2555). *เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 17(1), 17-29.*

องค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย
Learning organization that is related to the performance of the role in the
family doctor team of village health volunteers, Phon Phisai District,
Nong Khai Province.

สุภัค ดิยะประวัติ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

(Received: November 30, 2023; Accepted: December 24, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Research) เพื่อศึกษาระดับของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรแห่งการเรียนรู้ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์พิสัย จำนวน 344 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย ใช้แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 การเรียนรู้ระดับบุคคล ตอนที่ 3 การเรียนรู้ระดับทีม ตอนที่ 4 การเรียนรู้ระดับองค์กร และตอนที่ 5 การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ใช้ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ อธิบายองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สมการถดถอยเชิงเส้น (Simple linear regression)

ผลการวิจัย พบว่า องค์กรแห่งการเรียนรู้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย อยู่ในระดับมาก ($M = 4.17$, $SD = 0.41$) เมื่อพิจารณาระดับเรียนรู้ดังนี้ การเรียนรู้ระดับบุคคล อยู่ในระดับมาก ($M = 4.03$, $SD = 0.47$) การเรียนรู้ระดับทีม อยู่ในระดับมาก ($M = 4.25$, $SD = 0.49$) และการเรียนรู้ระดับองค์กร อยู่ในระดับมาก ($M = 4.32$, $SD = 0.49$) พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ภาวะผู้นำและการสานวิสัยทัศน์สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานบทบาทในทีมหมอครอบครัว ได้มากที่สุด ($Beta = 0.262$ และ 0.241 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ($Beta = 0.175$) การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา ($Beta = 0.153$) และการเรียนรู้ของทีม ($Beta = 0.117$) จึงควรมีนโยบายในการส่งเสริมการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

คำสำคัญ: องค์กรแห่งการเรียนรู้, หมอครอบครัว, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This research is a cross-sectional research. (Cross-Sectional Research) to study the level of being a learning organization. in village health volunteers and to study the relationship between the learning organization and the role performance in the family doctor team. of village health volunteers sample group Become a village health volunteer Working in a subdistrict health promotion hospital in the area under the Phon Phisai District Public Health Office, there were 344 people using a simple random sampling method, using a questionnaire. Divided into 5 sections: Section 1: General information of the respondents, Section 2: Individual level learning, Section 3: Team level learning, Section 4: Organizational level learning, and Section 5: Performance in team roles. family doctor Descriptive statistics were used. Describe the characteristics of the study sample. and learning organization level Describe the learning organization that is related to role performance in the family doctor team. of village health volunteers Using the linear regression.

The results of the research found that there is a learning organization among village health volunteers. Phon Phisai District Nong Khai Province It is at a high level ($M = 4.17$, $SD = 0.41$) when considering the learning level as follows: individual level learning At a high level ($M = 4.03$, $SD = 0.47$) Team level learning is at a high level ($M = 4.25$, $SD = 0.49$) and organizational level learning was at a high level ($M = 4.32$, $SD = 0.49$). Considering the regression coefficients of the predictors, it was found that leadership and vision creation were the most predictive of role performance in the family doctor team ($Beta = 0.262$ and 0.241 according to in order), followed by the ability to apply technology ($Beta = 0.175$), systematic thinking and problem solving ($Beta = 0.153$), and team learning ($Beta = 0.117$). Therefore, there should be a policy to promote Learning of village health volunteers To become a learning organization

Keywords: Learning organizations, family doctors, village health volunteers

บทนำ

แนวความคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นแนวคิดการบริหารที่ใช้เป็นพื้นฐานในการก้าวสู่ความสำเร็จขององค์กรทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นภาคราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชน สามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบบริหารองค์กรได้ทุกรูปแบบซึ่ง มีลักษณะเป็นการพัฒนาองค์กรด้วยความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้ความรู้ทั้งหลายนั้นกลายเป็นความรู้ที่เกิดประโยชน์ต่อบุคลากรทั้งองค์กรโดยอาศัยปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการเสริมสร้างการเรียนรู้ร่วมกันทั้งภายในและภายนอกองค์กร (เสาวภาคย์ เชาวนะสิริธรรม, 2560) นอกจากนี้ การทำงานในองค์กรนั้นมีความเกี่ยวข้องกับมนุษย์และสถานที่ทำงาน และแนวความคิดการปฏิบัติการเพื่อสร้างผลสัมฤทธิ์สูงสุด (High-Performance Workplace Practices: HPWP) เข้ามามีส่วนช่วยในการสร้างผลลัพธ์ การทำงานในรูปผลผลิตที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน (Huselid, 1995) ในปัจจุบัน ระบบอินเทอร์เน็ตและคอมพิวเตอร์ เข้ามามีส่วนช่วยในการแปลงรหัส จัดเก็บ และแบ่งปันความรู้ด้วยต้นทุนการจัดการที่ต่ำลง อย่างไรก็ดี สิ่งที่คอมพิวเตอร์ไม่สามารถทดแทนได้คือ การสร้างความรู้จากความเป็นมนุษย์ อันเป็นสิ่งเดียวที่ล้ำค่าในการรักษาและสร้างอำนาจการแข่งขัน นับว่าความรู้เป็นสิ่งที่มีความมากกว่าที่ดินหรือแรงงานกว่าร้อยละ 75.00 (Civi, 2000)

สำหรับประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสังคมการเรียนรู้โดยได้บรรจุสาระเกี่ยวกับการพัฒนาการเรียนรู้ไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 และ 11 นอกจากนี้ มาตรา 11 แห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 บัญญัติว่า “ส่วนราชการมีหน้าที่พัฒนาความรู้ในส่วนราชการ เพื่อให้มี

ลักษณะเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ โดยต้องรับรู้ข้อมูลข่าวสารและสามารถประมวลผลความรู้ในด้านต่าง ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติราชการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสมกับสถานการณ์ (พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546, 2546) องค์กรแห่งการเรียนรู้ หมายถึง กลุ่มคนที่มีพลวัตการเรียนรู้ (Senge, 1990) ปฏิรูป และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จนมีศักยภาพในการขยายขีดความสามารถอันส่งผลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของกลุ่มหรือองค์กร เกิดนวัตกรรม และเกิดประสิทธิผล (Marquardt & Reynolds, 1994) สำหรับองค์ประกอบขององค์กรแห่งการเรียนรู้มีผู้เสนอไว้โดยมีผู้นิยามนำไปศึกษาวิจัยต่อจำนวนมากได้แก่ องค์ประกอบขององค์กรแห่งการเรียนรู้ของมาควอร์ด (Marquardt & Reynolds, 1994) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ (1) การเรียนรู้ (2) องค์กร (3) สมาชิกในองค์กร (4) ความรู้ (5) เทคโนโลยี ส่วนปีเตอร์ เซงเก้ได้นำเสนอไว้ 5 องค์ประกอบซึ่งเรียกว่าวินัย 5 ประการ ได้แก่ (1) ความรอบรู้แห่งตน (2) แบบแผนความคิด (3) วิสัยทัศน์ร่วม (4) การเรียนรู้ของทีม (5) การคิดอย่างเป็นระบบ สำหรับ การ์วิน (Garvin, 1993) ได้ให้ความสำคัญกับ 5 กิจกรรม ได้แก่ (1) กระบวนการแก้ไขปัญหาที่มีระบบ (2) การทดลองใช้วิธีการใหม่ๆ (3) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนและเรื่องในอดีต (4) การเรียนรู้จากผู้อื่น (5) การถ่ายทอดความรู้ วาสกินและมาร์ซิค (Watkins & Marsick, 1994) ได้นำเสนอปัจจัย 7 ประการ ได้แก่ (1) การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (2) การร่วมเสวนา (3) การเรียนรู้เป็นทีม (4) การสร้างระบบการเรียนรู้ (5) การเสริมพลังอำนาจ (6) การประสานกับชุมชน (7) การมีภาวะผู้นำ จากการทบทวนจากทั้ง 4 นักวิชาการและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาค้นคว้า

สังเคราะห์องค์กรแห่งการเรียนรู้เป็น 3 ระดับคือ การเรียนรู้ระดับบุคคล การเรียนรู้ระดับทีม/กลุ่ม และการเรียนรู้ระดับองค์กร

ประเทศไทยมีการดำเนินงานตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน โดยเริ่มจากอาสาสมัครกำจัดไข้มาลาเรีย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2505 ก่อนมีการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) เมื่อปี พ.ศ. 2520 ซึ่งเป็นที่มาของมติร่วมกันว่า “การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนาการเมือง เศรษฐกิจและสังคม” ต่อเนื่องกับแถลงการณ์อัลมา อตา (Declaration of Alma-Ata) ที่มีสาระสำคัญ คือ “สุขภาพอนามัยที่ดีเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน รวมทั้งความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เป็นสิทธิหน้าที่ของประชาชนที่จะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินการจัดบริการเพื่อสุขภาพตนเอง การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ร่วมกับการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน รัฐมีหน้าที่ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน” โดยประเทศไทยได้ร่วมลงนามในกฎบัตรเพื่อพัฒนาด้านสุขภาพ (Charter for Health) กับองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2523 เพื่อยืนยันว่าประเทศไทยจะยึดถือสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2529) กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน เริ่มต้นจากอาสาสมัครมาลาเรียถึงผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผส.) ถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำหนดบทบาทของอาสาสมัครเหล่านี้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง มุ่งเน้นให้ชุมชนระดับหมู่บ้านบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐาน และสนับสนุนให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

ของกระทรวงสาธารณสุข นับเป็นกำลังหลักที่มีส่วนร่วมสำคัญที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด บทบาทของ อสม. ที่ผ่านมาสสะท้อนความสำเร็จตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เป็นรูปธรรมรูปแบบ “อาสาสมัคร” ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บทบาทของ อสม. ได้ร่วมกันดำเนินเพื่อเฝ้าระวังร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จนเกิดเป็นผลสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ (เพ็ญวิทย์, 2563) จึงได้กลายเป็นทุนทางสังคม (Social Capital) ที่สำคัญของระบบสุขภาพ ที่มีจุดแข็ง คือ การทำงานเป็นครั้งคราวในระยะสั้น “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเปรียบเสมือนเป็นหัวใจของระบบสุขภาพ และควรได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อผนึกกำลังเป็นเครือข่ายทั้งประเทศ เป็นแกนนำด้านสุขภาพ ก้าวไปสู่การสร้างสุขภาพทุกภาคส่วนในท้องถิ่นมีการบูรณาการร่วมกัน ตั้งแต่ค้นหาปัญหาสุขภาพของชุมชน เป้าหมายดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ และมาตรการทางสังคม รวมทั้งช่วยกันคิดค้นนวัตกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อการเรียนรู้เท่าทันสถานการณ์ด้านสุขภาพของประเทศไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องศึกษาแนวคิดเรื่ององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงค้นหาปัจจัยที่อธิบายความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สอดคล้องกับความเป็นจริงทางสังคม หากมีปัจจัยใดที่เป็นตัวแปรสำคัญที่ต้องมีการปรับเปลี่ยน จะต้องมีการปรับเปลี่ยนในลักษณะใด เพื่อที่จะได้ใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์และทิศทางการดำเนินงาน อาสาสมัครในอนาคตให้

สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ของโลกปัจจุบัน รวมถึงเป็นข้อมูลที่น่าไปเป็นตัวแปรสำคัญในการวางแผนและพัฒนาศักยภาพของการเรียนรู้ในอาสาศักดิ์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคายต่อไป

วัตถุประสงค์

1 เพื่อศึกษาระดับของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ในอาสาศักดิ์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย

2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรแห่งการเรียนรู้ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาศักดิ์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. การศึกษา
4. ระยะเวลาการเป็น อสม.
5. ระยะเวลาการฝึกอบรม

ปัจจัยด้านนโยบายการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

1. การเรียนรู้ในระดับบุคคล

- 1.1 การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
- 1.2 บุคลากรรอบรู้
- 1.3 การคิดเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา
- 1.4 ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี

2. การเรียนรู้ระดับทีม

- 2.1 การเรียนรู้ของทีม
- 2.2 การจัดการความรู้

3. การเรียนรู้ระดับองค์กร

- 3.1 การสานวิสัยทัศน์
- 3.2 การเชื่อมโยงกับชุมชนและสิ่งแวดล้อม
- 3.3 ภาวะผู้นำ

ตัวแปรตาม

การปฏิบัติงานด้านบทบาท
ในทีมหมอครอบครัว
ของอาสาศักดิ์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่ององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่จะศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 2,210 คน

กลุ่มตัวอย่าง มีการใช้สูตรการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากตารางสำเร็จรูปของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ เท่ากับ 328 คน (327.35) และปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 5% เนื่องจากคาดว่าจะมีผู้ไม่ส่งแบบสอบถามคืนร้อยละ 5 (16 คน) จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 344 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินองค์กรแห่งการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

(1) ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการเป็น อสม. การอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพในรอบ 2 ปี และหน่วยบริการที่สังกัด

(2) ตอนที่ 2 การเรียนรู้ระดับบุคคล จำนวน 35 ข้อ ในแต่ละข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

(3) ตอนที่ 3 การเรียนรู้ระดับทีม จำนวน 17 ข้อ ในแต่ละข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

(4) ตอนที่ 4 การเรียนรู้ระดับองค์กร จำนวน 26 ข้อ ในแต่ละข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

(5) ตอนที่ 5 การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว จำนวน 16 ข้อ ในแต่ละข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนหนังสือรับรองรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจังหวัดหนองคาย
2. ขออนหนังสือแนส่งแบบสอบถามจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองโพธิ์ชัย เพื่อนำส่งกลุ่มตัวอย่าง
3. จัดแบบสอบถามจำนวน 344 ฉบับ ไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

(2) อธิบายระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และนำผลการวิเคราะห์มาเทียบกับเกณฑ์ และแปลความหมายของค่าเฉลี่ย

(3) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรแห่งการเรียนรู้ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคายโดยใช้สมการถดถอยเชิงเส้น (Simple linear regression)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการ 156/2566 วันที่รับรอง 30 ตุลาคม 2566 และผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการลงนามเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่เก็บรวบรวมเป็นความลับ และผู้วิจัยรายงานผลในภาพรวม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ที่ต้องให้การช่วยเหลือ

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลองค์กรแห่งการเรียนรู้ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคายสรุปผลได้ดังนี้

1. การศึกษาคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 90.02 และเพศชาย ร้อยละ 9.98 ด้านอายุ มีอายุ 51-60 มากที่สุด (ร้อยละ 38.95) รองลงมาอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 32.27) และอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 20.35) โดยมีอายุเฉลี่ย 52.99 ปี สถานภาพสมรส พบว่า มีคู่ ร้อยละ 77.91 รองลงมาหม้าย ร้อยละ 11.63 โสด ร้อยละ 6.40 และหย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 4.06 สำหรับระดับการศึกษา พบว่า ประถมศึกษา ร้อยละ 50.58 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 28.78 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 18.60 ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 1.16 และอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 0.87 การประกอบอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 67.15 รองลงมารับจ้าง ร้อยละ 14.53 และอื่น ๆ ร้อยละ 6.98 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 88.08 รองลงมา 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 11.34 และมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 0.58 สำหรับระยะเวลาการเป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 42.73 ระหว่าง 10-20 ปี ร้อยละ 35.76 ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 14.53 และมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 6.98 การอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ ในรอบ 2 ปี พบว่า ส่วนใหญ่ 10 - 20 ครั้ง/ปี ร้อยละ 53.49 รองลงมา น้อยกว่า 10 ครั้ง/ปี ร้อยละ 27.91 และมากกว่า 20 ครั้ง/ปี ร้อยละ 18.60 ดังแสดงในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 344)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	34	9.98
หญิง	310	90.02
2. อายุ		
20-30 ปี	7	2.03
31-40 ปี	22	6.39
41-50 ปี	111	32.27
51-60 ปี	134	38.95
60 ปีขึ้นไป	70	20.35
Mean ± SD (Min : Max)	52.99 ± 9.85 (20.00 : 87.00)	
3. สถานภาพสมรส		
โสด	22	6.40
คู่	268	77.91
หม้าย	40	11.63
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	14	4.06
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.00
ประถมศึกษา	174	50.58
มัธยมศึกษาตอนต้น	64	18.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	99	28.78
อนุปริญญา/ปวส.	3	0.87
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	1.16
5. อาชีพ		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	11	3.20
ค้าขาย	24	6.98
รับจ้าง	50	14.53
เกษตรกรรวม	231	67.15
ธุรกิจส่วนตัว	4	1.16
อื่น ๆ	24	6.98

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
6. รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	303	88.08
10,000–20,000 บาท	39	11.34
มากกว่า 20,000 บาท	2	0.58
Mean ± SD (Min : Max)	6,237.21 ± 4,351.07 (1,000.00 : 25,000.00)	
7. ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)		
น้อยกว่า 10 ปี	147	42.73
10-20 ปี	123	35.76
21-30 ปี	50	14.53
มากกว่า 30 ปี	24	6.98
Mean ± SD (Min : Max)	14.79 ± 10.03 (1.00 : 47.00)	
8. การอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ ในรอบ 2 ปี		
น้อยกว่า 10 ครั้ง/ปี	96	27.91
10 - 20 ครั้ง/ปี	184	53.49
มากกว่า 20 ครั้ง/ปี	64	18.60

2. องค์กรแห่งการเรียนรู้ในอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัด
หนองคาย อยู่ในระดับมาก (M = 4.17, SD = 0.41)
เมื่อพิจารณาระดับเรียนรู้ดังนี้ การเรียนรู้ระดับบุคคล

อยู่ในระดับมาก (M= 4.03, SD = 0.47) การเรียนรู้
ระดับทีม อยู่ในระดับมาก (M = 4.25, SD = 0.49) และ
การเรียนรู้ระดับองค์กร อยู่ในระดับมาก (M = 4.32, SD
= 0.49) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ
โพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย (n = 344)

องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)	M	SD	ระดับ
การเรียนรู้ระดับบุคคล	4.03	0.47	มาก
1. การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Continuous Learning)	4.01	0.55	มาก
2. การรอบรู้แห่งตน (Personal Mastery)	4.07	0.50	มาก
3. การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา (Systems Thinking and Problem Solving)	4.03	0.51	มาก

องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)	M	SD	ระดับ
4. ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี (Technology Application)	3.99	0.55	มาก
การเรียนรู้ระดับทีม	4.25	0.49	มาก
1. การเรียนรู้ของทีม (Team Learning)	4.30	0.52	มาก
2. การจัดการความรู้ (Knowledge Management)	4.21	0.52	มาก
การเรียนรู้ระดับองค์กร	4.32	0.45	มาก
1. การสานวิสัยทัศน์ (Shared Vision)	4.29	0.47	มาก
2. การเชื่อมโยงกับชุมชนและสิ่งแวดล้อม (Community and Its Environment Connection)	4.41	0.52	มาก
3. ภาวะผู้นำ (Leadership)	4.24	0.55	มาก
องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)	4.17	0.41	มาก

3. การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย อยู่ในระดับมาก (M = 3.22, SD = 0.43) เมื่อพิจารณาจากข้อคำถาม

จำนวน 16 ข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย (n = 344)

การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว	M	SD	ระดับ
1. การติดตามรับฟังปัญหาครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อมของประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	4.15	0.57	มาก
2. การให้สุศึกษาหรือแนะนำประชาชนตามสภาพปัญหาสุขภาพที่พบ	4.14	0.54	มาก
3. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน	4.17	0.54	มาก
4. การมีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการ/แผนงานฯ ส่งเสริมและป้องกันโรคตามสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชน	4.19	0.54	มาก
5. การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค 3 อ. 2 ส. ตามกลุ่มวัย	4.28	0.52	มาก
6. การคิดค้นกลวิธี/กิจกรรมรูปแบบใหม่เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3 อ. 2 ส. ได้	4.23	0.52	มาก
7. การมีส่วนร่วมความร่วมมือกับเครือข่ายบริการสาธารณสุข/ทีมหมอครอบครัวในการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่นอนที่บ้าน และการส่งต่อผู้ป่วย	4.31	0.52	มาก

การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว	M	SD	ระดับ
8. การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือได้มากกว่าความคาดหวังของทีมหมอครอบครัว	4.27	0.52	มาก
9. การสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วย/ชุมชน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและท้องถิ่น ในการให้บริการสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่	4.28	0.52	มาก
10. การสื่อสารข้อมูลระหว่างชุมชนท้องถิ่นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้การให้คำปรึกษา ค้นหาโรค/ส่งต่อรวดเร็วขึ้น	4.28	0.52	มาก
11. การสำรวจ/รวบรวมข้อมูล ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพ	4.29	0.53	มาก
12. การจัดทำข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ อย่างเป็นระบบร่วมกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	4.29	0.53	มาก
13. การติดตาม รวบรวมผลการดำเนินงานที่ได้รับมอบหมาย ทำให้ทราบผลของการดำเนินกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	4.22	0.54	มาก
14. การสรุปผล และรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้อื่นรับทราบได้	4.24	0.53	มาก
15. การเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ	4.22	0.54	มาก
16. การเป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องให้กับประชาชนในพื้นที่	4.06	0.69	มาก
โดยรวม	4.22	0.43	มาก

4. ปัจจัยขององค์กรแห่งการเรียนรู้ จำนวน 5 ประเด็นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธารมณ์ จังหวัดหนองคายในระดับมาก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.769 และสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ได้ร้อยละ 59.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ ± 0.276

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ภาวะผู้นำและการสานวิสัยทัศน์สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มากที่สุด และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมี

ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, β) เป็น 0.205 กับ 0.262 และ 0.219 กับ 0.241 ตามลำดับ รองลงมาคือ ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, β) เป็น 0.135 และ 0.175 การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, β) เป็น 0.128 และ 0.153 และการเรียนรู้ของทีม มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, β) เป็น 0.096 และ 0.117 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยเพื่อพยากรณ์การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธารักษ์ จังหวัดหนองคาย โดยนำปัจจัยทุกด้านเข้าสมการ

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	p-value
การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา	0.128	0.044	0.153	2.897	0.004
ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี	0.135	0.040	0.175	3.348	0.001
การเรียนรู้ของทีม	0.096	0.047	0.117	2.050	0.041
การสานวิสัยทัศน์	0.219	0.056	0.241	3.888	<0.001
ภาวะผู้นำ	0.205	0.036	0.262	5.759	<0.001
ค่าคงที่ 0.947 ; SE _b ± 0.276					
R = 0.769 ; R ² = 0.592 ; F = 97.949 ; p-value = 0.000					

จึงเขียนสมการพยากรณ์การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธารักษ์ จังหวัดหนองคาย ได้ดังนี้

คะแนนดิบ

การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว = 0.947 + 0.128_(การคิดอย่างเป็นระบบ) + 0.135_(ความสามารถ) + 0.096_(การเรียนรู้ของทีม) + 0.219_(การสานวิสัยทัศน์) + 0.205_(ภาวะผู้นำ)

คะแนนมาตรฐาน

การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว = 0.153_(การคิดอย่างเป็นระบบ) + 0.175_(ความสามารถ) + 0.117_(การเรียนรู้ของทีม) + 0.241_(การสานวิสัยทัศน์) + 0.262_(ภาวะผู้นำ)

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิจัยเรื่ององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธารักษ์ จังหวัดหนองคาย มีประเด็นที่น่าสนใจ อภิปรายไว้ดังนี้

1. การเรียนรู้ระดับบุคคล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธารักษ์ จังหวัดหนองคาย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งการเรียนรู้ในระดับบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงไปยังแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งจาก

การศึกษาของกฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว (กฤตภณ ขุนแก้ว และเสนห์ เทพอินทร์, 2565) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 54.80) ระดับดีมาก (ร้อยละ 45.20) และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 59.00) ระดับดี (ร้อยละ 29.30)

2. การเรียนรู้ระดับทีม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธารักษ์ จังหวัดหนองคาย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งการที่ อสม. มีการทำงานร่วมกันในระยะเวลาที่ยาวนานนั้น

อาจส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีภายในองค์กร เกิดเป็น ทีมการทำงานที่ให้คำปรึกษาต่อกัน ประกอบกับนโยบาย ด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาและยกระดับความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็น หมอประจำบ้าน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีสื่อสาร ทางการแพทย์ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการ บริการสาธารณสุขในชุมชนผ่านการพัฒนาระบบ การแพทย์ทางไกลควบคู่ไปกับการเพิ่มบทบาทของ อสม. เพื่อลดโรคและปัญหาสุขภาพ (กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ, 2562) ทั้งนี้ได้มีกระบวนการพัฒนา ศักยภาพของ อสม. อย่างสม่ำเสมอ มีการแลกเปลี่ยน และการจัดการความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ กระบวนการเรียนรู้ระดับทีมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก

3. การเรียนรู้ระดับองค์กร ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัด หนองคาย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นั้น มีการประสานงานและเชื่อมโยงกับองค์กร ต่าง ๆ ภายในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ มีการทำงานแบบ องค์กรแพทย์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน โดยกระบวนการต่าง ๆ นั้นมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและ องค์ความรู้อยู่เสมอ ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้นำองค์กร ในที่นี้หมายถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นผู้ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ของ อสม. อย่างเสมอ โดยการทำงานดังกล่าว ตอบสนอง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีนโยบายการ พัฒนาศักยภาพ อสม. สู่การเป็น สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน เพื่อสนับสนุน นโยบายคนไทยทุก ครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน (กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ, 2565) ซึ่งส่งผลให้ อสม. ต้องมีการพัฒนา

กระบวนการเรียนรู้อย่างเสมอ โดยเฉพาะการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินงาน จึงทำให้ กระบวนการเรียนรู้ระดับองค์กรของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัด หนองคาย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก

4. ปัจจัยขององค์กรแห่งการเรียนรู้ จำนวน 5 ประเด็นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานบทบาทในทีม หมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ได้แก่ การ คิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี การเรียนรู้ของทีม การสาน วิสัยทัศน์ และภาวะผู้นำ โดยปัจจัยดังกล่าวจะส่งผล โดยตรงให้เกิดการตื่นในการพัฒนาการปฏิบัติงานด้าน บทบาทในทีมหมอครอบครัว เนื่องจากเมื่อองค์กรมีการ ส่งเสริมการเรียนรู้ ทำให้ทีมในแต่ละหน่วยของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการเรียนรู้ระดับ ทีมตามมาด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของพีรเทพ รุ่ง คุณากร และคณะ (พีรเทพ รุ่งคุณากร และคณะ, 2560) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ บริการประจำชุมชนที่มีบทบาทหน้าที่ในการสร้างเสริม สุขภาพ ภาวะผู้นำแห่งการรับใช้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้อง ได้รับการพัฒนาในตัว อสม.เพื่อเสริมสร้างคุณภาพการ บริการ ทักษะความสามารถ และคุณลักษณะที่พึง ประารถในการช่วยเหลือประชาชนและชุมชนให้มีสุข ภาวะที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มี ความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอ ครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย พบว่า การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการ

ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี การเรียนรู้ของทีม การสาน
วิสัยทัศน์ และภาวะผู้นำ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ
การปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย
จังหวัดหนองคาย โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวก ดังนั้น
หน่วยงานที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ จึงควรมีนโยบาย
ในการส่งเสริมการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน เริ่มต้นจากการให้ อสม. เข้ามามีบทบาท
ในการสร้างวิสัยทัศน์ขององค์กรร่วมกัน มีรูปแบบของ
การจัดการความรู้ที่ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น และที่สำคัญเพิ่ม
กระบวนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับชุมชนและ
สิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาขององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มี
ความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอ
ครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยแบบ
ตัดขวาง (Cross-Sectional Research) ซึ่งควรมีการนำ
ผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาต่อในรูปแบบของการวิจัยเชิง
ปฏิบัติการ (Action Research)

2. จากองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์
ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์ชัย
จังหวัดหนองคาย เป็นการศึกษาเฉพาะบริบทของพื้นที่
อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย จึงควรมีการขยาย
กลุ่มตัวอย่างทั้งจังหวัดหนองคาย เพื่อให้สามารถ
วิเคราะห์การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดหนองคาย ได้อย่าง
ครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน*. นนทบุรี:
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปี 2565*. กรุงเทพมหานคร:
กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤตภณ ขุนแก้ว และเสนห์ เทพอินทร์. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าปาก จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี*, 11(1), 206-
218.
- พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. (2546). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม
120, ตอนที่ 100, หน้า 3.
- พีรเทพ รุ่งคุณากร, พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม และศิริณา จิตต์จรัส. (2560). ภาวะผู้นำแห่งการรับใช้ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : แนวคิดและทฤษฎีเพื่อการพัฒนา. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*,
10(1), 1,103-1,114.



- เฟื่องวิทย์ ชูตินันท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 10(2), 123-135.
- เสาวภาคน์ เซาณะสิริธรรม. (2560). การพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยชุมชนเมืองแห่งกรุงเทพมหานคร, *วารสารการจัดการสมัยใหม่*. 15(2), 57-66.
- Civi, E. (2000). *Knowledge management as a competitive asset: A review. Marketing Intelligence & Planning*, 18(4), 166-174.
- Huselid, M. A. (1995). *The impact of human resource management practices on turnover, productivity, and corporate financial performance. Academy of Management Journal*, 38(3), 635-672.
- Marquardt, M., & Reynolds, A. (1994). *The global learning organization*. Burr Ridge: IL: Irwin Professional Pub.
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline :The art and practice of the learning organization*. London: Century Press.
- Watkins, V., & Marsick, K. (1994). The Learning organization: An integrative vision for HRD. *Human Resource Development Quarterly*, 5(4), 353-360.

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำผักกูด อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

Results of the health promotion program for hypertensive patients. Lam
Phak Kut Subdistrict Health Promoting Hospital, Thanyaburi District,
Pathum Thani Province.

วิทยา ถาวรรัตน์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัญบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

Wittaya Thawornrat

Thanyaburi District Public Health Office Pathum Thani Provincial Public Health Office

(Received: November 30, 2023; Accepted: December 24, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำผักกูด อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ศึกษากลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest -posttest design) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใช้เวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ในกลุ่มทดลอง ที่ใช้โปรแกรมฯ ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว หลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Abstract

This research is a quasi-experimental research. (Quasi-Experimental Research) aims to study the results of a health promotion program for hypertensive patients. Lam Phak Kut Subdistrict Health Promoting Hospital, Thanyaburi District, Pathum Thani Province study one group Results were measured before and after the experiment (one-group pretest - posttest design) by studying the results of a 4-week health promotion program for hypertensive patients. The sample group was patients who had been diagnosed with high blood pressure. who were diagnosed by doctors, a total of 30 people, analyzed the data by comparing the mean knowledge scores Health belief score Health care behavior score and the mean scores of clinical outcome assessment results in the experimental group that used the program before and after using Paired t-test statistics.

The research results found that Knowledge about high blood pressure Perception of the risk of complications Perceived severity of high blood pressure Perceived benefits of practicing to prevent high blood pressure. and self-care behaviors to prevent complications of high blood pressure After the experiment, it increased more than before the experiment with statistical significance at the .05 level ($p\text{-value}<0.05$) for systolic blood pressure levels contraction and blood pressure when the heart relaxes After the experiment, it was significantly lower than before the experiment at the .05 level ($p\text{-value}<0.05$).

Keywords: Health promotion programs, high blood pressure, behavior modification

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Non communicable Disease หรือ โรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งจำนวนผู้เสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ และคาดว่าในปี 2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีรายงานผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562 -2563 ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 13,940.2 14,618.0 และ 15,109.6 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽³⁾

การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์จะส่งผลกระทบต่อทางด้านภาระโรค ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ถึง 92.1 ล้านคน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 116 ล้านคน⁽⁴⁾ และจากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีสถิติการเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากโรคหัวใจขาดเลือดและจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 21,870 ราย (33.54) และ 36,214 ราย (55.53)⁽⁵⁾ ซึ่งการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้ดีขึ้นนั้น จะส่งผลทำให้การเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดลดลงได้⁽⁶⁾ สถานการณ์ในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบว่ามีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 1,088.88 1,236.01 และ 1,156.01 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดปทุมธานี มีรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง 783.46 ต่อแสนประชากรคน⁽³⁾ และจากข้อมูล

เทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำผักกูด พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง จำนวน 1,665 คน มีอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิต ร้อยละ 56.40 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพียงเล็กน้อย⁽³⁾

สาเหตุการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าส่วนใหญ่แล้วเกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ที่ถูกต้อง ขาดความตระหนัก การไม่รับรู้ความรุนแรง และไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด และการมีอายุเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม อันจะส่งผลในการควบคุมพฤติกรรม และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ และไตเสื่อมในอนาคต โดยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำผักกูด ได้ผ่านกระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้สมาชิกในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมให้การสนับสนุนแก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสมทำให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการดูแลโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำผักกูด อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนทดลอง และหลังทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อ ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนทดลอง และหลังทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม เพื่อป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนทดลอง และหลังทดลอง
5. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับความดันโลหิต) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนทดลอง และหลังทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษา กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest -posttest design) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใช้เวลา 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และเข้ารับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำผักกูด อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร ช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 1,665 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2⁽⁷⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน

27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบให้ เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ⁽⁸⁾ ที่สร้างจากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว จำนวน 28 ข้อ ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.70 และ 0.75 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยกำหนดแผนการให้สุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเนื้อหาประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

การผ่อนคลายความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแก้ไข เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมในเนื้อหา การใช้ภาษาและความเหมาะสมของการจัดกิจกรรม สื่อการสอน เวลา การสอนและนำมาปรับปรุงตาม คำแนะนำโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อเป็นการให้กำลังใจและเป็นการกระตุ้นเตือน ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก คือ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (automatic blood pressure measurement device) ซึ่งผ่านการสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือแพทย์และเครื่องมือห้องปฏิบัติการจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และ ลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ในกลุ่มทดลอง ที่ใช้โปรแกรมฯ ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ได้หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2566/34

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 และเพศชาย ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี ร้อยละ 73.30 รองลงมาอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 20.00

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูงได้ผลดังก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 7.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.52 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 12.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.38 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.05$) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้	N	Mean	S.D	<i>df</i>	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	7.33	2.52	29	-10.35	.000
หลังการทดลอง	30	12.13	1.38			

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ผลดังแสดงในตารางที่ 2 – 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ

17.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.73 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 25.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.58 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value}<0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	N	Mean	S.D	<i>df</i>	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	17.10	2.73	29	-15.72	.000
หลังการทดลอง	30	25.40	1.58			

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 16.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.10 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 24.43 ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.78 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value}<0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความรุนแรง	N	Mean	S.D	<i>df</i>	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	16.03	3.10	29	-15.157	.000
หลังการทดลอง	30	24.43	2.78			

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 13.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.73 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดัน

โลหิตสูง เท่ากับ 25.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.82 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value}<0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ประโยชน์	N	Mean	S.D	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	13.20	2.73	29	-11.84	.000
หลังการทดลอง	30	25.90	4.82			

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียดได้ผลดังแสดงในตารางที่ 5 – 8

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภาพรวมก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม เท่ากับ 33.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.24 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม เท่ากับ 41.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.97 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value<0.05) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม

พฤติกรรม	N	Mean	S.D	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	33.96	4.24	29	-14.58	.000
หลังการทดลอง	30	41.76	2.97			

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการรับประทานอาหาร ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 13.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.53 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

เท่ากับ 16.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.21 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value<0.05) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหาร

พฤติกรรม	N	Mean	S.D	<i>df</i>	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	13.26	2.53	29	-9.56	.000
หลังการทดลอง	30	16.20	2.21			

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 7.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.94 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ

10.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.68 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value<0.05) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการออกกำลังกาย

พฤติกรรม	N	Mean	S.D	<i>df</i>	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	7.76	1.94	29	-10.77	.000
หลังการทดลอง	30	10.00	1.68			

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการผ่อนคลายความเครียด ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 12.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.71 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดัน

โลหิตสูง เท่ากับ 15.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.07 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value<0.05) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการผ่อนคลายความเครียด

พฤติกรรม	N	Mean	S.D	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	12.93	2.71	29	-8.14	.000
หลังการทดลอง	30	15.56	2.07			

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับความดันโลหิต) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนทดลอง และหลังทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับความดันโลหิต) ขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) เท่ากับ 140.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.22 และขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) เท่ากับ 86.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.17 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับความดัน

โลหิต) ขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) เท่ากับ 129.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.07 และขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) เท่ากับ 80.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.03 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับความดันโลหิต) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนทดลอง และหลังทดลอง

ระดับความดันโลหิต	N	Mean	S.D	<i>df</i>	t	p-value
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic)						
ก่อนการทดลอง	30	140.76	8.22	29	7.74	.000
หลังการทดลอง	30	129.86	8.07			
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic)						
ก่อนการทดลอง	30	86.80	5.17	29	5.15	.000
หลังการทดลอง	30	80.26	5.03			

อภิปรายผล

1. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำผักกูด อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็น

เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ คือ ผลของการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อด้าน

สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับความดันโลหิต) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการจัดกิจกรรมสนับสนุนการเรียนรู้ทั้งภาคบรรยาย และภาคปฏิบัติ เช่น การเชิญผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด โดยการบรรยายประกอบสื่อ Power Point แบบมีส่วนร่วม และฝึกปฏิบัติทักษะเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การไปตรวจตามนัด และการหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น รวมทั้งการได้รับการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัย และบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข บุคคลในครอบครัว เป็นต้น โดยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้เข้าร่วมโปรแกรม ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดกำลังใจในการปฏิบัติตน ซึ่งกระบวนการเหล่านี้สามารถพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ดี เป็นผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม และพฤติกรรมรายด้านเพิ่มขึ้น และยังเป็นผลทำให้ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และขณะหัวใจคลายตัว ลดลงอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรม เกิดพฤติกรรมและทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม เช่นเดียวกับรายงานการวิจัย⁽⁹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการควบคุมระดับ

ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย ตำบลนาอิน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-9.777, p < .001$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-8.620, p < .001$) 2) ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.061, p < .001$) ซึ่งส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ลดลงอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเดินเร็วในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และมีการปฏิบัติตัวต่อการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่ อยู่ในระดับปานกลางและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และมีระดับความดันโลหิตภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้มีระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับความดันโลหิตปกติเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้นการสร้างหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความจำเป็นต้องใช้วิธีผสมผสานทั้งการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และวิธีการปฏิบัติดูแลตนเองแบบที่ทำได้ง่าย โดยมี

การเสริมแรงติดตามเยี่ยมบ้านและให้ของรางวัลใจ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาคิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และยังสอดคล้องกับการวิจัย⁽¹²⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ในชุมชนบ้านบางห้องคั้ง อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้น มีค่าความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันโดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีค่าความดันโลหิตต่ำลง และมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

3. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย ทั้ง 3 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽¹³⁾ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิต ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ปริมาณโซเดียมที่ได้รับ

และระดับความดันโลหิต ของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน ผลพบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังสอดคล้องกับการวิจัย⁽¹⁴⁾ ได้ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรู้ความเข้าใจของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.515, 0.485, 0.431, 0.427$, $P\text{-value} = .000$) การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง มีโอกาสรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของการเป็นความดันโลหิตสูง รวมถึงรับรู้ผลดีหรือประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต ทำให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม และรายด้าน ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และ ด้านการผ่อนคลายความเครียด เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำกับตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้แก่การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และผลการศึกษาายังสอดคล้องกับการศึกษาของ

5. ผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับความดันโลหิต) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับความดันโลหิต) ขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) และขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) หลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องการการวิจัย⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับวิถีชีวิตต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น พบว่าความดันโลหิตตัวบนของกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ 9.72 มิลลิเมตรปรอท ($95\%CI=7.73-11.71$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.001$ สำหรับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ 8.35 มิลลิเมตรปรอท ($95\%CI = 4.82-11.87$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.001$ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจของกลุ่ม

ทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ 8.54 ครั้ง/นาที ($95\%CI=6.03-11.06$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.001$ และยังสอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹⁶⁾ ที่ได้ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่าค่า systolic blood pressure ค่า diastolic blood pressure ระดับความเครียดปานกลาง และระดับความเครียดสูง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ระดับค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นโปรแกรมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นสามารถนำไปใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดดีขึ้น ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากการช่วยเหลือของบุตรหลาน เจ้าหน้าที่อาสาสมัครทีมสาธารณสุขซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงที่ดี และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โปรแกรมนี้จึงเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์สำหรับนำไปปรับใช้เพื่อการควบคุมพฤติกรรมความดันโลหิตสูงให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต่อไป

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการต่างๆ ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมองเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. ควรสนับสนุนให้สหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการดูแลปกติ ซึ่งประกอบไปด้วยการจัดกิจกรรมสนับสนุนการเรียนรู้ทั้งภาคบรรยาย และภาคปฏิบัติ เช่น การเชิญผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันตั้งเป้าหมายใน การปฏิบัติตัวในเรื่องการ

รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด โดยการบรรยายประกอบสื่อ Power Point แบบมีส่วนร่วม และฝึกปฏิบัติทักษะเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การไปตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมในการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ส่งผลต่อการชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และไม่พัฒนากลายเป็นภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Hypertension. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> 2021.
2. Bell, K., Twigg, J., & Olin, B. R. (2015). Hypertension: The silent killer: updated JNC-8 guideline recommendations. Retrieved from <https://www.scribd.com/document/310382614/CE-Hypertension-the-Silent-K>
3. Health data center Ministry of Public Health. (2023). Report group criteria for non-communicable disease. Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php (in Thai)
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2021). *Hypertension cascade: prevalence.html*.
5. Department of disease control, Ministry of Public Health. (2022). Mortality rate of disease B.E. 2559-2564. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>. (in Thai).
6. Thai Hypertension Society. (2019). 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai: Trickthink. (in Thai)
7. Faul F, Erdfeldes E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3.1.9.2: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Meth*, 2014; 39(2): 175-91.

8. สุนทรีย์ คำเพ็ง. (2555). ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี (รายงานการวิจัย). สระบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท.
9. วิไลวรรณ ภูศรีเทศ. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย ตำบลนาอิน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์.
10. ทศนะ วงศ์รัตนดิolk. (2560). ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเดินเร็วในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
11. ประหยัด ช่อไม้ และ อารยา ปรานประวีตร. (2558). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหินอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกระบี่. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์. 10(1) : ม.ค.-มิ.ย.,15.
12. สุพัฒนา ปันจันทร์. (2559). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ในชุมชนบ้านบางทองคั้ง อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ).บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
13. ปิยรัตน์ ชลสินธุ์. (2559). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. JOURNAL OF NAKHONRATCHASIMA COLLEGE Vol.11 No.1 January – April 2017,107.
14. ชัญญานุช ไพรวงษ์, วรรณฤ สัตยวงศ์ทิพย์ และณรินทร์ สีกุล. (2560). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา, 11(1), 107-116.
15. วรุณี ชมพูพาน และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการปรับวิถีชีวิตต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุเพศหญิง ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 31, ฉบับที่ 1 , หน้า 45
16. เรียมใจ พลเวียง. (2565). การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 31 ฉบับเพิ่มเติม 1 พฤษภาคม - มิถุนายน 2565, หน้า 26-27

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors associated with birth weight of live-born infants at
Nabon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

อรอุมา เชื้อหมอมะเฒ่า

โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Onuma Chermoretow

Nabon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: November 30, 2023; Accepted: December 24, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราชประชากรคือ มารดาที่คลอดเด็กเกิดมีชีพที่มากคลอดโรงพยาบาลนาบอน กลุ่มตัวอย่าง 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Multiple logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า อายุครรภ์คลอด ≥ 37 สัปดาห์ ทารกแรกเกิดมีโอกาสน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม 16.34 เท่า เมื่อเทียบกับอายุครรภ์คลอด < 37 สัปดาห์ (AdjustOR= 16.34, 95%CI= 2.62-101.77) การไม่มีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ทารกแรกเกิดมีโอกาสน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม 89.39 เท่า เมื่อเทียบกับการมีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน (AdjustOR= 89.39, 95%CI= 11.96-668.36)

ฉะนั้น ควรมีการรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ทันที และมีการติดตามรักษาโรคเกี่ยวกับฟันและเหงือกซึ่งส่งผลถึงน้ำหนักแรกคลอดของเด็ก

คำสำคัญ: น้ำหนักแรกคลอด, ทารกเกิดมีชีพ



Abstract

This retrospective analytical research aimed to study the factors associated with the birth weight of live-born infants at Nabon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. The population comprised mothers who gave birth to live-born infants at Na Bon Hospital. One hundred twenty of those mothers were recruited. The data was collected from medical records and analysed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The research results found that if the baby was born at gestational age ≥ 37 weeks, it is likely to weigh 16.34 times more than 2,500 grams when compared to those with gestational age < 37 weeks (AdjustOR= 16.34, 95% CI = 2.62-101.77). In addition, mothers with no gum or dental disease were 89.39 times more likely to have newborns who weighed $\geq 2,500$ grams compared to those with gum or tooth disease (AdjustOR = 89.39, 95% CI = 11.96–668.36).

Therefore, there should be a campaign to encourage pregnant women to use prenatal care services at an early gestational age. Moreover, follow-up and treatment for diseases related to teeth and gums should be done because that can affect their children's birth weight.

Keywords: Birth weight, Live-born infant

บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight: LBW) หมายถึง ทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งน้ำหนักแรกเกิดนับเป็นต้นทุนสำคัญอย่างหนึ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทารก(World กรมอนามัย, 2564) ฉะนั้น หากทารกกลุ่มนี้จะเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเจ็บป่วยและตายมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ ซึ่งสาเหตุมาจากกระบวนการทำงานต่างๆ ของร่างกายที่ยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ เช่นปัญหา ระบบหายใจ ทำให้ทารกอาจมีภาวะหายใจลำบาก ร่างกายขาดออกซิเจนมีปัญหาของระบบการไหลเวียนโลหิต หรือทำให้เกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรืออาจมีปัญหาในการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย จนเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ส่งผลให้ทารกมีอาการซึม ดูนมได้น้อยลง ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีภาวะการหยุดหายใจ และการติดเชื้อได้ง่ายตามมาได้ เป็นต้นหากทารกมีชีวิตรอดในช่วงต้นของชีวิตก็อาจมีปัญหาในด้านการเจริญเติบโตหรือพัฒนาการที่ล่าช้าตามมา และก่อให้เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ เช่น ปัญหาด้านการเรียน การมองเห็น การได้ยินและความจำ ดังนั้นน้ำหนักแรกเกิดของทารกจึงเป็นตัวชี้วัดที่จะบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพ หากมารดาได้รับการคลอดที่มีคุณภาพถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และยังถือได้ว่าการเจริญเติบโตและการมีชีวิตรอดของทารกเป็นสิ่งที่ต้องการดูแลและป้องกันตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ของมารดา (ระจิตร์ ชาศรีวณิช, 2564)

ปัญหาทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการกำหนดเป้าหมายการเกิดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 7ภาพรวมระดับประเทศ พบว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยยังมีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อพิจารณาเป็นรายเขต พบว่า ในปี พ.ศ.2563 – 2565 เขตบริการ

สุขภาพที่ 11 มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight) ร้อยละ 11.07,10.58,10.49 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์,2565) ถึงแม้ว่าจะมีอัตราที่น้อยลง แต่ก็ยังสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ สำหรับโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2562-2566 พบว่ามีอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.26, 10.85 14.71 , 11.76 และ 14.00 ตามลำดับ (โรงพยาบาลนาบอน, 2566) จะเห็นได้ว่าในขณะที่ระดับเขตบริการสุขภาพที่ 11 มีอัตราที่เริ่มลดน้อยลง แต่ทั้งนี้ โรงพยาบาลนาบอนกลับมีจากข้อมูลเด็กแรกคลอดมีน้ำหนักต่ำกว่าเป้าหมายแนวโน้มที่สูงขึ้น และยิ่งสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของเด็กเกิดใหม่ได้แก่อายุครรภ์มีผลมาก การฝากครรภ์ครั้งแรก การไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพการคลอดก่อนกำหนดหรือประวัติการรับยาเสพติด (สุกัญญา บุญบัวมาศ, 2566) น้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม (วรัญญา แก้วเอียน, 2563; ธาณินทร์วรานันตกุล, 2560) มารดาสูงน้อยกว่า 150 เซนติเมตร มารดาที่เป็นวัยรุ่น (ระจิตร์ ชาศรีวณิช, 2566) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อน้ำหนักแรกคลอดทั้งสิ้น ปัญหาเด็กแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยจึงมีจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ความชำนาญเฉพาะทาง รวมถึงเฝ้าระวังและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดจะเห็นได้ว่าภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญทั้งในระดับประเทศ ระดับเขตและระดับพื้นที่ สำหรับโรงพยาบาลนาบอน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีปัญหาทารกแรกคลอดมีน้ำหนักที่น้อยกว่าเกณฑ์ สูงกว่า

เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นหากการศึกษาในครั้งนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของเด็กเกิดใหม่ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ระดับอำเภอ นาบอน จะได้นำปัจจัยที่ได้ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญเสนอต่อผู้บริหารไปวางแผนพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ นาบอนและเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสมและตรงประเด็นตามปัญหาของอำเภอ นาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราชต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

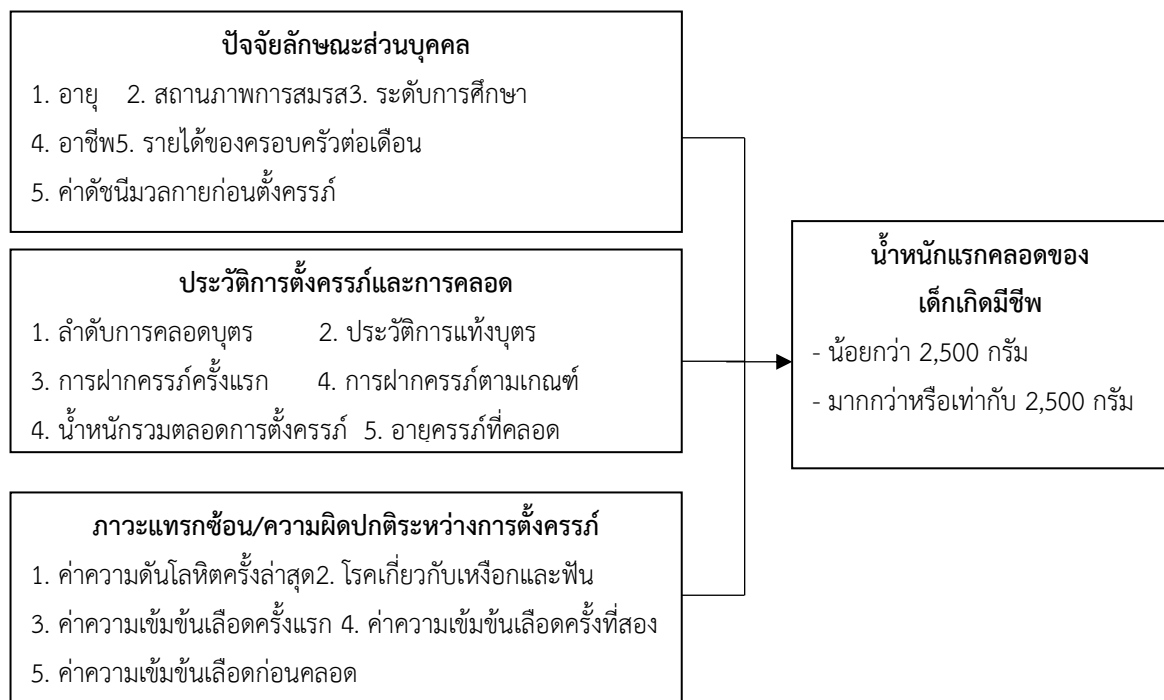
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด และภาวะแทรกซ้อน/ความผิดปกติระหว่างการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพ โดยพบว่ามีตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพ คือ 1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล 2) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด และ 3) ภาวะแทรกซ้อน/ความผิดปกติระหว่างการตั้งครรภ์ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytical) เก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนของโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ มารดาที่คลอดเด็กเกิดมีชีพที่มารดาคลอดโรงพยาบาลนาบอน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – วันที่ 30 กันยายน 2566 จำนวนทั้งหมด 186 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ มารดาที่คลอดเด็กเกิดมีชีพและมีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม จำนวน 162 คน และกลุ่มที่ 2 คือ มารดาที่คลอดเด็กเกิดมีชีพและมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมจำนวน 24 คน

กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Schlesselman (1982) ซึ่งเป็นแบบ Matched case-control ratio อัตราส่วนของกลุ่มควบคุมต่อกลุ่มศึกษาสำหรับการศึกษานี้กำหนดให้เท่ากับ 1:4 ดังนี้

กลุ่มศึกษา (Case group) คือ มารดาที่คลอดเด็กเกิดมีชีพและมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่คลอดโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2566 จำนวน 24 คน

กลุ่มควบคุม (Control group) คือ มารดาที่คลอดเด็กเกิดมีชีพและมีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม ที่คลอดโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2566 จำนวน 96 คน ในการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อมารดาที่คลอดเด็กเกิดมีชีพ ณ โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คุณสมบัติของกลุ่มที่ทำการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) คือ มีสัญชาติไทย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) เป็นบุคคลต่างด้าว 2) เป็นมารดาคลอดที่ทารกแรกคลอดเสียชีวิตและ 3) มีข้อมูลที่ลงบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นข้อมูลจากเวชระเบียน ณ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลนาบอน จำนวน 6 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาโดยลักษณะข้อมูลจะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) อายุ 2) น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 3) ส่วนสูง 4) สถานภาพการสมรส 5) ระดับการศึกษา 6) อาชีพ และ 7) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดโดยลักษณะข้อมูลเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) ลำดับของการตั้งครรภ์ 2) ประวัติการแท้งบุตร 3) ประวัติการการคลอดก่อนกำหนด 4) ประวัติการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 5) การฝากครรภ์ครั้งแรก 6) การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ 7) น้ำหนักตัวรวมตลอดการตั้งครรภ์ และ 8) อายุครรภ์ที่คลอด

ส่วนที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติระหว่างการตั้งครรภ์ โดยลักษณะข้อมูลเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ค่าความดันโลหิตครั้งล่าสุด 2) โรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน และค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ครั้งแรก ครั้งที่ 2 และก่อนคลอด

ส่วนที่ 4 โรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยของหญิงตั้งครรภ์โดยลักษณะข้อมูลเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 อุปนิสัยของหญิงตั้งครรภ์โดยลักษณะเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) การสูบบุหรี่ 2) การดื่มสุรา และ 3) การใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 6 น้ำหนักแรกคลอดของทารกมีชีพ โดยลักษณะข้อมูลเป็นแบบเติมคำจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอดของเด็กเกิดมีชีพ (กรัม)

การรวบรวมข้อมูลวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 – 15 พฤศจิกายน 2566

1. หลังจากผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัยให้กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยได้แล้ว ผู้วิจัยแจ้งผลให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลนาบอนทราบ

2. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาบอน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนโรงพยาบาลนาบอน เพื่อขอเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างและค้นหาข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลด้วยตัวเอง และจัดส่งเวชระเบียนกลับคืนให้กับห้องเวชระเบียนด้วยตัวเองทุกวัน หลังเสร็จสิ้นการบันทึกข้อมูลในแต่ละวัน

4. เมื่อเก็บข้อมูลครบตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) ด้านเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับสูติแพทย์

1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ห้องคลอด 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ 1 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพในอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราชด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ได้แก่ Odds Ratio, 95% CI และ Multiple logistic regression นำเสนอผลการศึกษาค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds ratios: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงเชื่อมั่น (95% Confidence interval: 95%CI) การแปลผลโดยพิจารณาจากค่า OR

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 105/2566 รหัสโครงการ NSTPH 105/2566 วันที่รับรอง 31 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษา พบว่า เกือบ 2 ใน 3 มีอายุระหว่าง 21 – 34 ปี (ร้อยละ 62.50) อายุเฉลี่ย 26.25 (S.D.=6.87) ต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 39 ปี เกือบ

ครึ่งหนึ่งมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 45.83) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.81 (S.D.=3.78) ต่ำสุด 16.44 สูงสุด 30.82 มีสถานภาพการสมรสคู่ เป็น 3 ใน 4 (ร้อยละ 75.00) มากกว่าครึ่งมีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 54.17 และ 58.33) สัดส่วน 3 ใน 4 มีรายได้เฉลี่ย $\leq 10,000$ บาท (ร้อยละ 75.00)

ส่วนใหญ่จะตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 41.67) เกือบ ร้อยละ 90 ไม่เคยมีประวัติแท้งบุตร (ร้อยละ 87.50) ทั้งหมดไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 100.00) เกือบทั้งหมดไม่มีประวัติการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 95.83) ประมาณ 3 ใน 4 มีการฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 75.00) มากกว่า 4 ใน 5 ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (ร้อยละ 87.50) มากกว่า 2 ใน 3 มีน้ำหนักที่เพิ่มตลอด การตั้งครรภ์ ≤ 10 กิโลกรัม (ร้อยละ 70.84) ค่าเฉลี่ย 9.21 กิโลกรัม (S.D.= 4.96) ต่ำสุด 4 กิโลกรัม สูงสุด 18 กิโลกรัม เกือบ 2 ใน 3 คลอดตอนอายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ (ร้อยละ 62.50) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.17 สัปดาห์ (S.D.= 1.55) ต่ำสุด 35 สัปดาห์ สูงสุด 40 สัปดาห์ ครึ่งหนึ่งค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเสี่ยง/สูง (ร้อยละ 50.00) มากกว่า 3 ใน 4 มีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน (ร้อยละ 79.17) เกือบครึ่งมีค่าความเข้มข้นของเลือดครั้งแรก $> 33\%$ (ร้อยละ 54.17) เฉลี่ย 34.13% (S.D.= 3.43) ต่ำสุด 27.7% สูงสุด 41% มากกว่า 3 ใน 4 มีค่าความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 2 $> 33\%$ (ร้อยละ 79.17) เฉลี่ย 35.96% (S.D.= 2.69) ต่ำสุด 32% สูงสุด 42% ประมาณ 2 ใน 3 มีค่าความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด $> 33\%$ (ร้อยละ 66.67) เฉลี่ย 35.40% (S.D.= 3.55) ต่ำสุด 30% สูงสุด 45% และทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100.00)

กลุ่มควบคุม พบว่า เกือบ 2 ใน 3 มีอายุระหว่าง 21 – 34 ปี (ร้อยละ 63.54) อายุเฉลี่ย 26.60 (S.D.=6.38) ต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 39 ปี มากกว่าครึ่งมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 54.17) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.93 (S.D.=3.84) ต่ำสุด 15.23 สูงสุด 4.72 เกือบทั้งหมดมีสถานภาพการสมรสคู่ (ร้อยละ 95.83) เกือบ 2 ใน 3 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 64.58) มากกว่าครึ่งมีอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 57.29) เกือบ 3 ใน 4 มีรายได้เฉลี่ย $\leq 10,000$ บาท (ร้อยละ 64.) ส่วนใหญ่จะตั้งครรภ์แรกและครรภ์ที่ 2 (ร้อยละ 28.13) เกือบร้อยละ 90 ไม่เคยมีประวัติแท้งบุตร (ร้อยละ 85.42) เกือบทั้งหมดไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและไม่มีประวัติการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 98.96) มากกว่าครึ่งมีการฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์และไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ (ร้อยละ 55.21 และ 55.21) เกือบครึ่งหนึ่งมีน้ำหนักที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ 10.01-15.00 กิโลกรัม (ร้อยละ 45.83) ค่าเฉลี่ย 12.41 กิโลกรัม (S.D.= 4.41) ต่ำสุด 5.1 กิโลกรัม สูงสุด 26 กิโลกรัม เกือบร้อยละ 90 มีอายุครรภ์ตอนคลอด ≥ 37 สัปดาห์ (ร้อยละ 89.58) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.73 สัปดาห์ (S.D.= 0.96) ต่ำสุด 37 สัปดาห์ สูงสุด 41 สัปดาห์ มากกว่าครึ่งค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง/สูง (ร้อยละ 54.17) มากกว่า 4 ใน 5 มีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน (ร้อยละ 87.50) มากกว่าครึ่งมีค่าความเข้มข้นของเลือดครั้งแรก $> 33\%$ (ร้อยละ 56.25) เฉลี่ย 34.08% (S.D.= 3.06) ต่ำสุด 28% สูงสุด 42.7% มากกว่า 3 ใน 4 มีค่าความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 2 $> 33\%$ (ร้อยละ 78.13) เฉลี่ย 35.15% (S.D.= 2.62) ต่ำสุด 28% สูงสุด 42% เกือบ 3 ใน 4 มีค่าความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด $> 33\%$ (ร้อยละ 72.96) เฉลี่ย 35.61% (S.D.= 3.34) ต่ำสุด 28% สูงสุด 44% และทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100.00) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา(n= 24)		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
≤20	6	25.00	22	22.92
21 – 34	15	62.50	61	63.54
≥35	3	12.50	13	13.54
	(x̄= 26.25, S.D.= 6.87, Min.= 16, Max.= 39)		(x̄= 26.60, S.D.= 6.38, Min.= 15, Max.= 39)	
ค่าดัชนีมวลกาย				
น้ำหนักน้อย	5	20.83	15	15.63
น้ำหนักปกติ	11	45.83	52	54.17
เริ่มอ้วน	8	33.34	29	30.21
	(x̄= 21.81, S.D.= 3.78, Min.= 16.44, Max.=30.82)		(x̄= 21.93, S.D.= 3.84, Min.= 15.23, Max.=4.72)	
สถานภาพการสมรส				
หม้าย/หย่า/แยก	6	25.00	4	4.17
คู่	18	75.00	92	95.83
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	6	25.00	17	17.71
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	13	54.17	62	64.58
ตั้งแต่อนุปริญญา/ปวส.ขึ้นไป	5	20.83	17	17.71
อาชีพ				
เกษตรกร/ค้าขาย	4	16.67	29	30.21
รับจ้าง	6	25.00	12	12.50
แม่บ้าน	14	58.33	55	57.29
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)				
≤10,000	18	75.00	62	64.58
> 10,000	6	25.00	34	35.42

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา(n= 24)		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลำดับของการตั้งครรภ์				
ครรภ์ที่ 1	10	41.67	27	28.13
ครรภ์ที่ 2	6	25.00	27	28.13
ครรภ์ที่ 3	6	25.00	20	20.83
ตั้งแต่ครรภ์ที่ 4	2	8.33	22	22.92
ประวัติการแท้งบุตร				
เคย	3	12.50	14	14.58
ไม่เคย	21	87.50	82	85.42
ประวัติการคลอดก่อนกำหนด				
มี	0	0.00	1	1.04
ไม่มี	24	100.00	95	98.96
ประวัติการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม				
มี	1	4.17	3	3.13
ไม่มี	23	95.83	93	96.88
การฝากครรภ์ครั้งแรก				
≤12 สัปดาห์	6	25.00	46	47.92
> 12 สัปดาห์	18	75.00	50	52.08
การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ				
ครบตามเกณฑ์	3	12.50	43	44.79
ไม่ครบตามเกณฑ์	21	87.50	53	55.21
น้ำหนักตัวรวมตลอดการตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)				
≤10.00	17	70.84	33	34.38
10.01 – 15.00	2	8.33	44	45.83
> 15.00	5	20.83	19	19.79
		($\bar{X}$ = 9.21, S.D.=4.96, Min.=4, Max.=18)	($\bar{X}$ = 12.41, S.D.=4.41, Min.=5.1, Max.=26)	
อายุครรภ์ที่คลอด (สัปดาห์)				
<37	9	37.50	10	10.42
≥37	15	62.50	86	89.58
		($\bar{X}$ =38.17, S.D.=1.55, Min.=35, Max.=40)	($\bar{X}$ =38.73, S.D.=0.96, Min.=37, Max.=41)	

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา(n= 24)		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าความดันโลหิตครั้งล่าสุด				
ปกติ	12	50.00	44	45.83
เสี่ยง/สูง	12	50.00	52	54.17
โรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน				
มี	19	79.17	12	12.50
ไม่มี	5	20.83	84	87.50
ค่าความเข้มข้นของเลือดครั้งแรก (%)				
≤33	11	45.83	42	43.75
> 33	13	54.17	54	56.25
	(x̄=34.13, S.D.=3.43, Min.=27.7, Max.=41)		(x̄=34.08, S.D.=3.06, Min.=28, Max.=42.7)	
ค่าความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 2 (%)				
≤33	5	20.83	21	21.88
> 33	19	79.17	75	78.13
	(x̄=35.96, S.D.=2.69, Min.=32, Max.=42)		(x̄=35.15, S.D.=2.62, Min.=28, Max.=42)	
ค่าความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด (%)				
≤33	8	33.33	26	27.08
> 33	16	66.67	70	72.92
	(x̄=35.40, S.D.=3.55, Min.=30, Max.=45)		(x̄=35.61, S.D.=3.34, Min.=28, Max.=44)	
การมีโรคประจำตัว				
มี	0	0.00	0	0.00
ไม่มี	24	100.00	96	100.00

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพในอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อวิเคราะห์ด้วย Binary logistic regression พบว่า สถานภาพสมรสคู่ทารกคลอดมีโอกาสน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม 7.67 เท่า เมื่อเทียบกับสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก (OR= 7.67, 95% CI= 1.96-29.94) ฝากครรภ์ครั้งแรก > 12 สัปดาห์

ทารกคลอดมีโอกาสน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม ลดลงร้อยละ 64 เมื่อเทียบกับฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์ (OR= 0.36, 95%CI= 0.13-0.99) การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ทารกคลอดมีโอกาสน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม ลดลงร้อยละ 82 เมื่อเทียบกับฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์ (OR= 0.18, 95% CI= 0.05-0.63) การมีน้ำหนักรวมตลอดการตั้งครรภ์ระหว่าง 10.01-15.00



ทารกคลอดมีโอกาสน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม 11.33 เท่า เมื่อเทียบกับมีน้ำหนักรวมตลอดการตั้งครรภ์ (OR= 11.33, 95% CI= 2.45-52.50) คลอดอายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ทารกคลอดมีโอกาสน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม 5.16 เท่า เมื่อเทียบกับคลอดอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ (OR= 5.16, 95% CI= 1.79-14.81) การไม่มีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ทารกคลอดมีโอกาสน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม 26.60 เท่า เมื่อเทียบกับการมีเกี่ยวกับเหงือกและฟัน (OR= 26.60, 95%CI= 8.37-84.51)

เมื่อมีการควบคุมตัวแปร พบว่า อายุครรภ์คลอด ≥ 37 สัปดาห์ ทารกแรกเกิดมีโอกาสน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม 16.34 เท่า เมื่อเทียบกับคลอดอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ ($_{\text{Adjust}}\text{OR}= 16.34$, 95%CI= 2.62-101.77) การไม่มีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ทารกคลอดมีโอกาสน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม 89.39 เท่า เมื่อเทียบกับการมีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ($_{\text{Adjust}}\text{OR}= 89.39$, 95%CI= 11.96-668.36) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพในอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัย	น้ำหนักแรกคลอด		Crude OR (95%CI)	Adjust OR (95%CI)	p-value
	< 2,500 กรัม	≥2,500 กรัม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ (ปี)					
≤20	6 (21.43)	22 (78.57)	Ref.	Ref.	-
21 – 34	15 (19.74)	61 (80.26)	1.11(0.38-3.22)	3.51(0.34-36.50)	0.294
≥35	3 (18.75)	13 (81.25)	1.18(0.25-5.55)	0.74(0.03-17.31)	0.854
ค่าดัชนีมวลกาย					
น้ำหนักน้อย	5 (25.00)	15 (75.00)	Ref.	Ref.	-
น้ำหนักปกติ	11 (17.46)	52 (82.54)	1.58(0.47-5.25)	1.32(0.16-10.83)	0.797
เริ่มอ้วน	8 (21.62)	29 (78.38)	1.21(0.34-4.34)	0.25(0.02-2.95)	0.269
สถานภาพการสมรส					
หม้าย/หย่า/แยก	6 (60.00)	4 (40.00)	Ref.	Ref.	-
คู่	18 (16.36)	92 (83.64)	7.67(1.96-29.94)**	5.69(0.54-60.37)	0.149
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	6 (26.09)	17 (73.91)	Ref.	Ref.	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	13 (17.33)	62 (82.67)	1.68(0.56-5.09)	1.93(0.23-16.10)	0.542
ตั้งแต่อนุปริญญา/ปวส.ขึ้นไป	5 (22.73)	17 (77.27)	1.20(0.31-4.69)	1.46(0.09-22.72)	0.786

ปัจจัย	น้ำหนักแรกคลอด		Crude OR (95%CI)	Adjust OR (95%CI)	p-value
	< 2,500 กรัม	≥2,500 กรัม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อาชีพ					
เกษตรกรรม/ ค้าขาย	4 (12.12)	29 (87.88)	Ref.	Ref.	-
รับจ้าง	6 (33.33)	12 (66.67)	0.28(0.07-1.16)	0.08(0.01-1.23)	0.071
แม่บ้าน	14 (20.29)	55 (79.71)	0.54(0.16-1.80)	0.85(0.11-6.87)	0.881
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)					
≤10,000	18 (22.50)	62 (77.50)	Ref.	Ref.	-
> 10,000	6 (15.00)	34 (85.00)	1.65(0.60-4.54)	0.92(0.14-5.89)	0.931
ลำดับของการตั้งครรภ์					
ครรภ์ที่ 1	10 (27.03)	27 (72.97)	Ref.	Ref.	-
ครรภ์ที่ 2	6 (18.18)	27 (81.82)	1.67(0.53-5.23)	1.42(0.17-11.70)	0.743
ครรภ์ที่ 3	6 (23.08)	20 (76.92)	1.24(0.39-3.96)	1.02(0.09-11.85)	0.990
ตั้งแต่ครรภ์ที่ 4	2 (8.33)	22 (91.67)	4.07(0.81-20.57)	12.21 (0.29-514.92)	0.190
ประวัติการแท้งบุตร					
เคย	3 (17.65)	14 (82.85)	Ref.	Ref.	-
ไม่เคย	21 (20.39)	82 (79.61)	0.84(0.22-3.18)	0.39(0.02-9.11)	0.558
การฝากครรภ์ครั้งแรก					
≤12 สัปดาห์	6 (11.54)	46 (88.46)	Ref.	Ref.	-
> 12 สัปดาห์	18 (26.47)	50 (73.53)	0.36(0.13-0.99)*	0.23(0.01-9.57)	0.436
การฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ					
ครบตามเกณฑ์	3 (6.52)	43 (93.48)	Ref.	Ref.	-
ไม่ครบตามเกณฑ์	21 (28.38)	53 (71.62)	0.18(0.05-0.63)**	1.85 (0.03-100.83)	0.764
น้ำหนักตัวรวมตลอดการตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)					
≤10.00	17 (34.00)	33 (66.00)	Ref.	Ref.	-
10.01 – 15.00	2 (4.35)	44 (95.65)	11.33 (2.45-52.50)**	5.19(0.53-50.97)	0.158
> 15.00	5 (20.83)	19 (79.17)	1.94(0.62-6.16)	1.64(0.19-14.43)	0.655

ปัจจัย	น้ำหนักแรกคลอด		Crude OR (95%CI)	Adjust OR (95%CI)	p-value
	< 2,500 กรัม	≥2,500 กรัม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อายุครรภ์ที่คลอด (สัปดาห์)					
<37	9 (47.37)	10 (52.63)	Ref.	Ref.	-
≥37	15 (14.85)	86 (85.15)	5.16(1.79-14.81)**	16.34 (2.62-101.77)	0.003**
ค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้าย					
ปกติ	12 (21.43)	44 (78.57)	Ref.	Ref.	-
เสี่ยง/สูง	12 (18.75)	52 (81.25)	1.18(0.48-2.89)	1.03(0.18-5.86)	0.976
โรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน					
มี	19 (61.29)	12 (38.71)	Ref.	Ref.	-
ไม่มี	5 (5.62)	84 (94.38)	26.60 (8.37-84.51)**	89.39 (11.96-668.36)	< 0.01**
ค่าความเข้มข้นของเลือดครั้งแรก (%)					
≤33	11 (20.75)	42 (79.25)	Ref.	Ref.	-
> 33	13 (19.40)	54 (80.60)	1.09(0.44-2.67)	1.15(0.02-1.27)	0.081
ค่าความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 2 (%)					
≤33	5 (19.23)	21 (80.77)	Ref.	Ref.	-
> 33	19 (20.21)	75 (79.79)	0.94(0.31-2.82)	2.22(0.22-22.91)	0.502
ค่าความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด (%)					
≤33	8 (23.53)	26 (76.47)	Ref.	Ref.	-
> 33	16 (18.60)	70 (81.40)	1.35(0.52-3.52)	0.74(0.10-5.77)	0.776

หมายเหตุ ตัวแปรประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม การมีโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด ไม่นำมาวิเคราะห์ เนื่องจากมี cell จำนวน 1 ช่อง เท่ากับ 0.00%

* นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ** นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเมื่อนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับน้ำหนักแรกคลอดของทารกเกิดมีชีพโดยการควบคุมตัวแปร พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ คือ อายุครรภ์ที่คลอด กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์เมื่อคลอดตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป จะมีโอกาสที่ทารกมีน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม เท่ากับ 16.34 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์เมื่อคลอดตั้งแต่ <37 สัปดาห์ ($\text{Adjust OR} = 16.34$, $95\% \text{CI} = 2.62-101.77$) แสดงให้เห็นว่า อายุครรภ์มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของเด็กแรกคลอด ซึ่งช่วงที่เหมาะสมที่สุดในการคลอดคือช่วงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป เพราะทารกได้อยู่ในครรภ์จนครบกำหนดการตั้งครรภ์ มีระบบอวัยวะและพัฒนาการที่สมวัยและหากยิ่งคลอดก่อนกำหนดมากก็ยิ่งทำให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ รวมทั้งการมีน้ำหนักที่ต่ำกว่าเกณฑ์อีกด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ กอสนาน (2556); ทวีลาภ โชติภักดีกุล (2559); ชุตินา ไตรนากุล (2560); ธาณินทร์ วรานันตกุล (2560); วรณญา แก้วเอียน (2563); สมเกียรติ พยุห์เสนาธิ์ และโสภิต ปุรินทรภิบาล (2563) ที่พบว่า มารดาที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ เป็นปัจจัยเสี่ยงกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ทั้งนี้จากข้อมูลของกลุ่มศึกษายังพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรมีน้ำหนักแรกคลอด < 2,500 กรัม ขณะอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีถึงร้อยละ 47.37 ทั้งนี้การคลอดขณะที่มีอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ จัดเป็นภาวะทารกคลอดก่อนกำหนด และเป็นการคลอดที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้อย่างชัดเจนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคือเป็นไปอย่างยุ่งยากและซับซ้อนดังนั้นการป้องกันปัญหาที่ดีคือการที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตั้งแต่วินิจฉัยว่าตั้งครรภ์มีความสนใจในสุขภาพและสังเกต

อาการผิดปกติของตนเองรวมทั้งการมารับบริการฝากครรภ์ตามกำหนดนัดทุกครั้งและยังเป็นที่น่าสังเกตได้อีกว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบไม่ควบคุมตัวแปร (Binary logistic regression) ของกลุ่มศึกษายังพบว่า การฝากครรภ์ครั้งแรก > 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 75.00) การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ (ร้อยละ 87.50) และหญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ ≤ 10 กิโลกรัม จะมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของเด็กมีชีพ ฉะนั้น อาจจะมีคามจำเป็นที่จะต้องเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ให้มีความรู้ที่เหมาะสมในการฝากครรภ์ทั้งเรื่องของโภชนาการเพราะหากมารดามีน้ำหนักที่เพิ่มอย่างเหมาะสมก็จะมีแนวโน้มที่จะทำให้เด็กแรกคลอดมีน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐานได้ สำหรับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ จะมีประโยชน์อย่างมากในการป้องกันให้หญิงตั้งครรภ์มีความปลอดภัยและไม่คลอดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์) โดยนิยามของการฝากครรภ์คุณภาพหมายถึงหญิงตั้งครรภ์และคู่ได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งอย่างครบถ้วนหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์และต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ (กรมอนามัย, 2565)

การไม่มีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ทารกคลอดมีโอกาสน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม 89.39 เท่า เมื่อเทียบกับการมีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ($\text{Adjust OR} = 89.39$, $95\% \text{CI} = 11.96-668.36$) ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาว่า การไม่มีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟันมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอดของเด็กเกิดมีชีพ แต่จากผลการวิจัยนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ทารกที่คลอดจะมีน้ำหนักแรกคลอด < 2,500 กรัม ถึงร้อยละ 61.29 ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ไม่มีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ทารกที่คลอดจะมีน้ำหนักแรกคลอด $\geq 2,500$ กรัม ร้อยละ 94.38 อาจกล่าวได้ว่า ในช่วงของการ



ตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกาย ประกอบกับความต้องการอาหารที่เพิ่มขึ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์กินอาหารบ่อย ช่วงตั้งครรภ์จึงมีโอกาสเกิดเหงือกอักเสบ ปริทันต์อักเสบและฟันผุได้ง่าย การอักเสบของสภาวะปริทันต์จะกระตุ้นการหลั่งสารที่ทำให้มดลูกบีบตัว เลือดไปเลี้ยงทารกน้อยลง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดหรือทารกน้ำหนักตัวน้อยได้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีฟันผุที่ไม่ได้รักษา (สำนักทันตสาธารณสุข, 2562) ฉะนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ส่งผลให้การตั้งครรภ์มีคุณภาพและลดความแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การคลอด ทารกมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การคลอดขณะที่ยังตั้งครรภ์มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ จะมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดที่เสี่ยงต่อภาวะมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ ฉะนั้น ควรมีการรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ทันที เพื่อให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่มีคุณภาพและได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลการตั้งครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์ รวมถึงการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับฟันและเหงือก เพราะหากหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากก็จะส่งผลถึงน้ำหนักแรกคลอดของเด็กได้ด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักแรกคลอดในระดับจังหวัด โดยศึกษาเฉพาะกลุ่มทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ 12 (พ.ศ.2560-2564). นนทบุรี.
- ชุดิมา ไตรนากุล. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 36(2), 79-87.
- ทวีลาภ โชติกิตติกุล. (2559). ปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลกระบี่. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 30(4), 269-276.
- ธานินทร์ วรานันตกุล. (2560). ปัจจัยทำนายทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการการแพทย์เขต 11*, 31(3), 523-532.
- ระจิตร์ ชาศรีวณิช. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในเขตสุขภาพที่ 5. สืบค้นข้อมูลจาก https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20230124214730_4556/20230124214749_1288.pdf
- โรงพยาบาลนาบอน. (2566). รายงานประจำปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช.
- วรัญญา แก้วเอียน. (2563). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่มีผลต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 34(3), 63-72.
- สมเกียรติ พุฒเสนารักษ์ และโสภิต ปุรินทรภิบาล. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(3), 497-507.
- สุกัญญา บุญบัวมาศ. (2566). อัตราการเสียชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 38(2), 307-317.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2565). แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565. กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ข้อมูลสถิติ. [ออนไลน์]. สืบค้นข้อมูลจาก <https://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.
- อรพินท์ กอสนาน. (2556). ผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(4), 287-299.
- Schlesselman, J. J. (1982). *Case-control studies*. New York: Oxford University Press.

ความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาบอน

Health literacy and blood sugar control in patients with type 2 diabetes
at Nabon Hospital.

ปิยนาฏ แซ่ก่ง

โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Piyanat Saekong

Nabon Hospital. Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: November 30, 2023; Accepted: December 24, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional research) ครั้งนี้เพื่อสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 306 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทัน และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก และพบว่าเพศ ระดับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (OR=5.28, 95%CI: 2.46-11.35, OR=4.52, 95%CI: 1.97-10.39 และ OR=4.97, 95%CI: 1.44-17.08 ตามลำดับ) จึงควรควรมีการรณรงค์และส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายร่วมกันในภาพของอำเภอ มีการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจทางด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นทักษะการสื่อสารสุขภาพเป็นสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, การควบคุมระดับน้ำตาล, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This cross sectional research was to explore the level of health literacy among patients with type 2 diabetes and study the relationship between health literacy. and control of sugar levels in patients with type 2 diabetes in the Nabon District area. Nakhon Si Thammarat Province The study included 306 patients with type 2 diabetes using simple random sampling. The instrument used was a health literacy and health behavior questionnaire. Consists of 4 sections of content: general information, knowledge, and health understanding. Access to information health communication self management awareness and making correct choices Descriptive statistics were used. Describe the characteristics of the study sample, including mean and standard deviation. Describe the relationship between health literacy. and control of sugar levels in patients with type 2 diabetes in the Na Bon District area. Nakhon Si Thammarat Province Using logistic regression statistics.

The results of the study found that Patients with type 2 diabetes have a high level of health literacy. It was found that gender, level of knowledge, and understanding of health and health communication The relationship to controlling blood sugar levels in patients with type 2 diabetes is statistically significant at .05 (OR=5.28, 95%CI: 2.46-11.35, OR=4.52, 95%CI: 1.97-10.39 and OR= 4.97, 95%CI: 1.44-17.08 respectively) Therefore, there should be a campaign and promotion of physical activities together in the image of the district. There is knowledge enhancement. Understanding of health among people with diabetes is increasing. In addition, karma that promotes health knowledge should be organized. Emphasis is placed on health communication skills among diabetic patients in Na Bon District, Nakhon Si Thammarat Province.

Keywords: Health literacy, sugar level control, type 2 diabetes patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากรายงานสถานการณ์โรค NCDs (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง) พ.ศ. 2562 พบว่าประชากรช่วงอายุ 30-69 ปี อัตราเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 ถึงปี พ.ศ. 2559 จากนั้นมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จาก 20.6 ต่อประชากรแสนคน ลดลงเป็น 19.3 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2561 โดยความชุกของผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากรระหว่างปี พ.ศ. 2558 และ 2561 พบว่าความชุกของโรคต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี จากนั้นความชุกจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 45-54 ปี จนสูงสุดในกลุ่มอายุ 65-74 ปี และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ.2557 พบการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 คิดเป็นจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (วิชัย เอกพลากร, 2557) หรือเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 300,000 คนโดยมีผู้เป็นโรคเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 23.7 ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบอวัยวะอื่น ๆ ตามมา เช่น ภาวะจอประสาทตาเสื่อม ภาวะไตทำงานบกพร่อง ความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย รวมทั้งเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

การคุมควบระดับน้ำตาลในเลือดนอกจากการใช้ยาซึ่งต้องอาศัยสม่ำเสมอและต่อเนื่องแล้ว ยังต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ การบริโภคยาสูบการบริโภค

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกาย ที่ส่งเสริมการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานได้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมีโอกาที่จะคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อยกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูง ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีจึงมีความจำเป็น โดยสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี (วรรณรัตน์ รัตนวรงค์ และวิทยา จันทรรักษ์, 2561)

Health literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี (กิ่งแก้ว สำรวรรณ และนิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์, 2561) หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปของกองสุศึกษา มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ(5) ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ

(decision skill) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ 6) การจัดการตนเอง (self-management)

มีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกทั้งกับผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (กันตพงษ์ ปราสสงบ, 2559) และยังมีรายงานว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนทางไตได้มากกว่าผู้ที่ มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความจำเป็น ทั้งในด้านของผู้ให้บริการทางด้านข้อมูลสุขภาพ สำหรับประเมินการเข้าถึงและความเหมาะสมของข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น และในด้านระบบข้อมูลด้านสุขภาพช่วยในการประเมินระบบว่าเอื้อต่อผู้ให้บริการในการปรับปรุงและสนับสนุนการให้ข้อมูลรวมถึงนโยบายด้านสุขภาพ สามารถสนับสนุนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้ สำหรับประเทศไทยมีรายงานการวิจัย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับรู้จัก หรือระดับต่ำถึงปานกลาง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงควรมีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อออกแบบการให้ความรู้ หรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง อันจะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ปัญหาทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานยังเป็นประเด็นที่สำคัญและเร่งด่วนในการดำเนินการ เพราะหากผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น จะส่งผลต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนตามมาอีกมากมาย จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าในเขตอำเภอนาบอน ปี 2566 ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถ

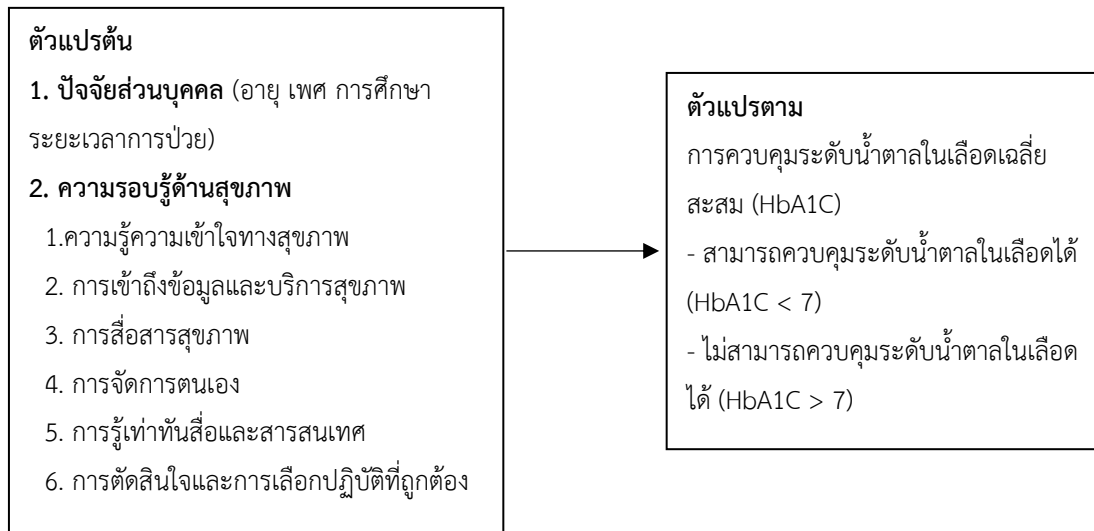
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ดีเพียง 452 ราย (ร้อยละ 34.50) ทั้งนี้ยังพบว่าปัญหาข้างต้นมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดโอกาสความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาบอน โดยอาศัยแนวคิดแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลอง V - shape ใน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจ และการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross sectional research) เพื่อสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 1,310 ราย

ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร่ ยามาเน่ จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 306 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลนาบอน

คุณสมบัติของกลุ่มที่ทำการศึกษา ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

(1) ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(2) ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเข้ารับการตรวจรักษาติดตาม 3 ครั้งขึ้นไป

(3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

(1) ผู้ที่ไม่มารับบริการด้วยตนเอง

(2) ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

(3) เป็นผู้อ่านภาษาไทยด้วยตนเองไม่ได้

(4) ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนที่มีอายุ 15

ปีขึ้นไป (ฉบับปรับปรุงปี 2561) ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข มาปรับใช้ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (6 ข้อ) ลักษณะเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 ตัวเลือก มีข้อถูกเพียง 1 ข้อหากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ (10 ข้อ)

ตอนที่ 4 : การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (3 ข้อ) ลักษณะเป็นตัวเลือก คะแนนเป็นไปตามตัวปฏิบัติ

การรวบรวมข้อมูลวิจัย

1 ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

2 ภายหลังจากการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครราชสีมา เพื่อการขอเข้าเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

3 ผู้วิจัยดำเนินงานประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนัดหมายเข้าเก็บข้อมูล โดยกำหนดเป็นทุกวันอังคารและวันพุธ ซึ่งเป็นวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรัง

4 ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยจะแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความรู้จักและ

ขอความร่วมมือในการทำแบบประเมิน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบประเมิน

5 ทีมผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 –45 นาที และเก็บข้อมูลค่าระดับน้ำตาลสะสม จากรายงานสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

6 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สำหรับแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่สมบูรณ์จะไม่นำไปวิเคราะห์ต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2 อธิบายระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครราชสีมา โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และนำผลการวิเคราะห์มาเทียบกับเกณฑ์ และแปลความหมายของค่าเฉลี่ย

3 อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เอกสารรับรองเลขที่ 087/2566 รหัสโครงการ NSTPH 087/2566 วันที่รับรอง 30 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (74.75%) ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี (37.05%) และ 51-60 ปี (33.11%) เกินครึ่งหนึ่งมีสถานะคู่ (52.13%) กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (40.00%) มีอาชีพเกษตรกร (31.15%)

รองลงมามีอาชีพค้าขาย (27.54%) สำหรับรายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท (43.93%) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนมากอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (64.59%) และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ควบคุมได้ (67.87%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 305)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	25.25
หญิง	228	74.75
อายุ	Range=31-68, M=49.61, SD=9.51	
31-40 ปี	51	16.72
41-50 ปี	113	37.05
51-60 ปี	101	33.11
60 ปีขึ้นไป	40	13.12
สถานภาพสมรส		
โสด	89	29.18
คู่	159	52.13
หม้าย	51	16.72
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6	1.97
ระดับศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	61	20.00
ประถมศึกษา	122	40.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	71	23.28
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	27	8.85
อนุปริญญา/ปวส.	15	4.92
ปริญญาตรีขึ้นไป	9	2.95
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	43	14.10
ค้าขาย	84	27.54
รับจ้าง	50	16.39

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศกรรม	95	31.15
ธุรกิจส่วนตัว	33	10.82
รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ (บาท)	Range=1,000-18,000, M=8,165.57, SD=4,831.66	
1,000-5,000	99	32.46
5,001-10,000	134	43.93
10,001-15,000	47	15.41
มากกว่า 15,000	25	8.19
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	Range=1-10, M=4.74, SD=2.44	
1-5 ปี	197	64.59
มากกว่า 5 ปี	108	35.41
ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C)	Range=5.11-9.96, M=6.58, SD=1.33	
ควบคุมได้ (HbA1C < 7)	207	67.87
ควบคุมไม่ได้ (HbA1C ≥ 7)	98	32.13

2. ระดับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า มีระดับความรู้ในระดับมากถึง ร้อยละ 67.54 สำหรับความรู้ในระดับที่น้อย ร้อยละ 32.46 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 305)

ระดับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	99	32.46
ระดับมาก	206	67.54
Range=0.00-6.00, M=3.88, SD=1.35		

3. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.34 การสื่อสารสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.07 การจัดการตนเอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.72 และการรู้เท่าทันสื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.07 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 305)

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ		
ระดับน้อย	124	40.66
ระดับมาก	181	59.34
การสื่อสารสุขภาพ		
ระดับน้อย	134	43.93
ระดับมาก	171	56.07
การจัดการตนเอง		
ระดับน้อย	132	43.28
ระดับมาก	173	56.72
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ		
ระดับน้อย	134	43.93
ระดับมาก	171	56.07

4. ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า มีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับมากร้อยละ 49.18 สำหรับระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับที่น้อย ร้อยละ 50.82 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 305)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	155	50.82
ระดับมาก	150	49.18

5. การวิเคราะห์อย่างหยาบต่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเพศหญิงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดได้ประมาณ 3.27 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย ($OR = 3.27, 95\%CI: 1.93-5.56$) สำหรับระดับความรู้ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนั้น ระดับความรู้

ที่มาก สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ 4.50 เท่า เมื่อเทียบกับระดับความรู้ที่น้อย (OR=4.50, 95%CI: 2.70-7.49) การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพในระดับมาก สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ 2.65 เท่า เมื่อเทียบกับการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพในระดับน้อย (OR=2.65, 95%CI: 1.78-3.93) การสื่อสารสุขภาพในระดับมาก สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ 2.43 เท่า เมื่อเทียบกับการสื่อสารสุขภาพในระดับน้อย (OR=2.43, 95%CI: 1.68-3.54) การจัดการตนเองในระดับมาก สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ 2.14 เท่า เมื่อเทียบกับการจัดการตนเองในระดับน้อย (OR=2.14, 95%CI:

1.49-3.09) และความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในระดับมาก สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ 2.72 เท่า เมื่อเทียบกับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในระดับน้อย (OR=2.72, 95%CI: 1.86-3.99) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับมาก สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ 1.72 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับน้อย (OR=1.72, 95%CI: 1.24-2.38) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 305)

ปัจจัย	OR	95%CI	p-value
เพศ			
ชาย	Ref.		<0.001
หญิง	3.27	1.93-5.56	
ระยะเวลาที่ป่วย			
1-5 ปี	Ref.		0.57
มากกว่า 5 ปี	0.86	0.52-1.42	
ระดับความรู้			
ระดับน้อย	Ref.		<0.001
ระดับมาก	4.50	2.70-7.49	
การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ			
ระดับน้อย	Ref.		<0.001
ระดับมาก	2.65	1.78-3.93	
การสื่อสารสุขภาพ			
ระดับน้อย	Ref.		<0.001
ระดับมาก	2.43	1.68-3.54	
การจัดการตนเอง			
ระดับน้อย	Ref.		<0.001
ระดับมาก	2.14	1.49-3.09	
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ			
ระดับน้อย	Ref.		<0.001
ระดับมาก	2.72	1.86-3.99	
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			
ระดับน้อย	Ref.		0.001
ระดับมาก	1.72	1.24-2.38	

6. การวิเคราะห์หาค่าปรับสำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเพศหญิงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ 5.28 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย ($OR = 5.28$, 95%CI: 2.46-11.35) ระดับความรู้มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ที่มากสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ 4.52 เท่า เมื่อเทียบกับระดับความรู้ที่น้อย ($OR = 4.52$, 95%CI: 1.97-10.39) และการสื่อสารสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.011$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสื่อสารสุขภาพที่มากสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ 4.97 เท่า เมื่อเทียบกับระดับการสื่อสารสุขภาพที่น้อย ($OR = 4.97$, 95%CI: 1.44-17.08) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์หาค่าปรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ($n = 305$)

ปัจจัย	OR _{Crude}	OR _{Adjust}	95%CI	p-value
เพศ				
ชาย	Ref.	Ref.		<0.001
หญิง	3.27	5.28	2.46-11.35	
ระดับความรู้				
ระดับน้อย	Ref.	Ref.		<0.001
ระดับมาก	4.50	4.52	1.97-10.39	
การสื่อสารสุขภาพ				
ระดับน้อย	Ref.	Ref.		0.011
ระดับมาก	2.72	4.97	1.44-17.08	

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาบอน พบว่า เพศ ระดับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพ ความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยเพศหญิงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ 5.28 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย ระดับความรู้ที่มาก สามารถควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ 4.52 เท่า เมื่อเทียบกับระดับความรู้ที่น้อยกว่า และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสื่อสารสุขภาพที่มาก สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประมาณ 4.97 เท่า เมื่อเทียบกับระดับการสื่อสารสุขภาพที่น้อย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอนาบอน ซึ่งประกอบด้วย 3 ตำบลได้แก่ ตำบลนาบอน ตำบล

แคว้นและตำบลทุ่งสง ซึ่งการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในพื้นที่อำเภอนาบอนนั้น ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นหลักของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยผ่านกระบวนการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีนายอำเภอนาบอน เป็นประธานในการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง มีการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วย จึงทำให้ประชาชนในพื้นที่อำเภอนาบอน นั้น มีความรู้ทางด้านสุขภาพในระดับที่มาก

สำหรับปัจจัยด้านเพศที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (กุสุมา กังหลี, 2557) พบว่าเพศมีความสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmad et al. (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอฮูลู แลนแกท ประเทศมาเลเซียจำนวน 557 คน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี (OR = 1.033, CI = 1.008 - 1.059) ซึ่งเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นปรุงอาหารเองจึงมีการเลือกปรุงอาหารที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อีกทั้งมีการรวมกลุ่มกันของผู้หญิงในการออกกำลังกาย เช่น บาสโลบ แอร์โรบิค เป็นต้น ซึ่งการออกกำลังกายนั้นจะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีขึ้น ส่วนระดับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจทางด้านสุขภาพ ย่อมทำให้การปฏิบัติตัวใน

การดูแลสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่เทศบาลนครเชียงราย (ณาเดีย หะยีปะจิและพิสิษฐ พวยพุ่ง, 2562) ที่ทำการศึกษายักยัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลที่ กองการแพทย์ เทศบาลนครเชียงราย โดยพบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 รวมถึงการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (ธาริน สุขอนันต์ ญัฐพร มีสุข และอาภิสรา วงศ์สละ, 2559) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค่านิยมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 47.40 ($r = .688$) และการสื่อสารสุขภาพ ความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งการสื่อสารทางด้านสุขภาพถือเป็นกระบวนการหนึ่งของความรู้ทางด้านสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่มีความสามารถในการสื่อสารทางด้านสุขภาพที่มาก จะสามารถได้ตอบ ค้นหา และได้คำตอบด้านการดูแลสุขภาพของตนเองมาได้ ทั้งนี้ผลการวิจัยดังกล่าว มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณจิ จิวสืพงษ์และคณะ (2565) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 43.1 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับรู้จัก ร้อยละ 94.8 และระดับรู้แจ้ง ร้อยละ 5.2 ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์/สื่อสารมีผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ และ 95%CI (1.11-6.09)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า เพศ ระดับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพ ความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ฉะนั้น ควรมีการรณรงค์และส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายร่วมกันในภาพของอำเภอ มีการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นทักษะการสื่อสารสุขภาพเป็นสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

อ้างอิง

- กันตพงษ์ ปราบสงบ (2559) ความสัมพันธ์ของความแตกฉานด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (เบาหวานชนิดที่. 2) ในอำเภอบ้านโป่งจังหวัดราชบุรี. ใน: การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสวนสุนันทา. หน้า 2638-50.
- กิ่งแก้ว สำรวรรัตน์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (2561). การทำความเข้าใจในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 12(3):1-3.
- กุสุมา กังหลี (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3):256-268.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561) การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
- ขวัญเมือง แก้วดำเม็ง, นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร (2554) ความฉลาดทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นิวธรรมการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, นริมาลย์ นิละไพจิตร (2559) การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.
- ณาเดีย หะยีปะจิและพิสิษฐ พวยพุง (2562) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลที่ กองการแพทย์ เทศบาลนครเชียงราย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 20(3): 83-94.
- ธาริน สุขอนันต์, ญัฐพร มีสุข และอาภิสรา วงศ์สละ (2559) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 27(1): 93-102.

- ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล (2561) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 12(3):515-22.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2560) แนวทางเวชปฏิบัติในโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- วิชัย เอกพลากร (2557) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วรรณรัตน์ รัตนวราจ, วิทยา จันทร์ทา (2561) ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 24(2):34-51.
- วรรณิ จิวสิพงษ์และคณะ (2565) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(3):30-43.
- สุขมาพร พิงผาสุก, นภาพร วาณิชกุล, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ (2560) ความสัมพันธ์ของความแตกฉานทางสุขภาพ ผลจากการได้รับความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพ และอิทธิพลทางสังคม กับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือความดันโลหิตสูง. วารสารสภาการพยาบาล, 32(2):111-25.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา, (2563) รายงานสถานการณ์โรค NCDs (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง) พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- Ahmad, N.S., Islahudin, F. and Paraidathathu, T. (2013). Factors associated with good glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of Diabetes Investigation. [Online]. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdi.12175/full>.
- World Health Organization (2009) . 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development Health Literacy and Health Promotion: Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region; Nairobi Kenya.

ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

Effects of Self – Efficacy Promotion in Home bound Elderly Caregivers of
Elderly Caregivers in Bang duan Subdistrict, Palain District, Trang Province.

นิริวดี แก้วเอียน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

(Received: November 30, 2023; Accepted: December 24, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 30 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพ การดูแลด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจดีกว่าก่อนการให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ การนำกิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงใช้ ควรดำเนินการให้มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการทำกิจกรรมร่วมกัน

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง, การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ



Abstract

This is an Quasi-Experimental Research to study was for the effects of self-competency promotion in home bound elderly caregivers of elderly caregivers in in Bang-duan Subdistrict, Palain District, Trang Province. The samples were selected by purposive sampling of 30 bedridden elderly caregivers. The data was collected by a questionnaire and the self-competency promotion program for caring for the bedridden elderly of the elderly caregivers who passed a content validity check. from 3 experts; and analyzed by descriptive statistics, inferential statistics, independent t-test, and content analysis.

The study found that after promoting self-efficacy in caring for bedridden elderly, it was found that the caregivers of bedridden elderly had significantly better mean scores of Healthcare, Economic Care, Social Care, and Psychological Care after the experiment than before the experiment. ($p < .05$).

Keywords: home bound elderly care, Caregivers, self – efficacy promotion

บทนำ

สังคมไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged society) โครงสร้างด้านประชากรของประเทศไทยเริ่มเปลี่ยนอย่างเห็นได้ชัด⁽¹⁾ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานมาตั้งแต่ปี 2548 ซึ่งปัจจุบันส่งผลให้กลายเป็นสังคมสูงวัย (Complete Aged Society) อย่างเต็มรูปแบบ⁽²⁾ และการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) โดยสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด สภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรายงานการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทยระหว่างปี 2553-2583 คาดการณ์ในปี 2571 ประชากรจะเพิ่มขึ้นเป็น 67.2 ล้านคน เป็นกลุ่มวัยแรงงานที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น⁽³⁾ โดยรัฐบาลจัดทำแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยการดูแลตั้งแต่แนวทางการออมเงิน การไม่มองผู้สูงอายุเป็นภาระวิธีการดูแลผู้สูงอายุหรือการปรับสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุตามเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อมีการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบ ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการเตรียมการรองรับกับบริบทที่เปลี่ยนไปทั้งด้านการดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมป้องกันโรค การส่งเสริมด้านอาชีพ เป็นต้น สถานการณ์ของจังหวัดตรัง พบว่า เป็นสังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบมาตั้งแต่ปี 2566 ที่ผ่านมา เช่นเดียวกับพื้นที่ตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง^{(4) (5)} พบว่า การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ประสบปัญหาการดำเนินงานหลายด้านทั้งด้านโครงสร้าง บริบทที่ต้องเอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การพัฒนาอาชีพ แม้แต่การ

ดูแลสุขภาพจิต ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นั่นคือการปรับวิธีการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มทั่วไป และกลุ่มติดสังคม หากแต่กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ที่พบว่าประชากรกลุ่มสูงอายุส่วนใหญ่เกินครึ่งของจำนวนผู้สูงอายุกลายเป็นกลุ่มติดเตียงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบความเสื่อมสภาพของร่างกาย กับภาวะความเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่ต้องมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอาจส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

กระบวนการในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคเรื้อรังมีสุขภาพดีขึ้น มีหลายกระบวนการทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการส่งเสริมด้านสุขภาพจิต และอีกวิธีที่เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ติดเตียงได้รับการดูแลที่ถูกต้อง คือการเสริมพลังกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน^{(6) (7)} แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการที่น่าสนใจในการเสริมพลัง เพราะการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ถือได้ว่าเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองในด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความสามารถในเชิงปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมใดๆ จำเป็นต้องมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะโดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง ได้แก่ การมีประสบการณ์ความสำเร็จของ การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับคำพูดชักจูงในขอบเขตของความเป็นจริง และการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในการพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแล

ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่
ตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง ครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการส่งเสริมสมรรถนะ
แห่งตนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของ ผู้ดูแล
ผู้สูงอายุ ตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

สมมติฐานการวิจัย

หลังจากกลุ่มดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับ
โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีสมรรถนะดีกว่า
ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

T1	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	T2
O1	โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ								O2

X1 – X8 หมายถึง โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

T1	หมายถึง	ก่อนทดลอง
T2	หมายถึง	หลังทดลอง
O1	หมายถึง	การประเมินการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ ตำบลบางด้วน ก่อนการ ทดลองของกลุ่มทดลอง
O2	หมายถึง	การประเมินการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ ตำบลบางด้วน หลังการ ทดลองของกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง
ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบางด้วน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie
& Morgan ขนาดประชากร 50 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 44
คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive
Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
จากกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพทางสังคม แรงสนับสนุน
ทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัว
ผู้สูงอายุ ตำบลบางด้วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) การดูแลด้านสุขภาพ 2) การดูแลด้านจิตใจ 3) การดูแลด้านสังคม และ 4) การดูแลด้านเศรษฐกิจ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

กำหนดเกณฑ์การจัดระดับแบบสัมพันธภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลผู้สูงอายุ 3 ระดับ Best, J. W. and Kahn J.V.⁽⁸⁾ ได้แก่

3.68 – 5.00 คะแนน	หมายถึง ระดับมาก
2.34 – 3.67 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
1.00 – 2.33 คะแนน	หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอความคิดเห็น ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

2. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง 8 สัปดาห์ ครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา

1.2 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว, แรงสนับสนุนทางสังคม, การดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นเพื่อทดสอบความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .88 .81 .93 ตามลำดับ

2. โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางด้วน ประสานงานส่งถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล นัดวัน เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก

2. จัดโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินสัมพันธภาพ นำเสนอตัวแบบจากข่าว เล่าเรื่อง กลุ่มละ 10 คน สอดแทรกการุงใจ ความภาคภูมิใจในการดูแลผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 2 – 7 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สอบถามปัญหาและให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นการฝึกปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 8 ทบทวนความรู้และทักษะในดูแลผู้สูงอายุ สรุปกิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถาม และแสดงความคิดเห็น กล่าวอำลาและสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2) สัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของสัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t – test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

1. ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบางตัวน อำเภอบะเหลียน จังหวัดตรัง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านสุขภาพ (n = 30)

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. ดูแลเกี่ยวกับอาหารการกินให้ผู้สูงอายุ	4.03	.615	มาก	4.53	.629	มากที่สุด
2. คำนึงถึงความเหมาะสมและความต้องการของผู้สูงอายุก่อนซื้อหรือเตรียมอาหาร	4.33	.606	มาก	4.70	.466	มากที่สุด
3. จัดหาอาหารบำรุงร่างกาย ผักและผลไม้ให้ผู้สูงอายุรับประทาน	3.70	.702	มาก	4.47	.626	มาก
4. จัดที่อยู่อาศัยหรือที่นอนให้แก่ผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุ	3.93	.640	มาก	4.47	.507	มาก
5. ดูแลทำความสะอาดห้องนอนและที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุ	3.93	.785	มาก	4.43	.504	มาก
6. ดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มของผู้สูงอายุให้สะอาดเสมอ	4.03	.615	มาก	4.53	.504	มากที่สุด
7. ดูแลผู้สูงอายุ ทำความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ	4.00	.695	มาก	4.37	.507	มาก
8. ดูแลและอำนวยความสะดวกเรื่องยานพาหนะเดินทางตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ	4.00	.743	มาก	4.40	.563	มาก
9. พาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปี	3.77	.679	มาก	4.57	.504	มากที่สุด
10. จัดหาพาและผู้สูงอายุไปตรวจรักษาเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย	3.77	.679	มาก	4.67	.661	มากที่สุด
โดยรวม	3.95	.119	มาก	4.52	.173	มากที่สุด

ก่อนทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$, $SD. = .119$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.70 – 4.33) 5 อันดับแรก ได้แก่ คำนึงถึงความเหมาะสมและความต้องการของผู้สูงอายุ ก่อนซื้อหรือเตรียมอาหาร รองลงมา คือ ดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มของผู้สูงอายุ ให้สะอาดเสมอ, ดูแลเกี่ยวกับอาหารการกินให้ผู้สูงอายุ ดูแลผู้สูงอายุ ทำความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ดูแลและอำนวยความสะดวกเรื่องยานพาหนะ เดินทางตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ ตามลำดับ

หลังทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.52$, $SD. = .173$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.37 – 4.70) 5 อันดับแรก ได้แก่ คำนึงถึงความเหมาะสมและความต้องการของผู้สูงอายุ ก่อนซื้อหรือเตรียมอาหาร จัดหยาและพาผู้สูงอายุไปตรวจรักษาเมื่อผู้สูงอายุ เจ็บป่วย พาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปี ดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มของผู้สูงอายุ ให้สะอาดเสมอ ดูแลเกี่ยวกับอาหารการกินให้ผู้สูงอายุ ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ (n = 30)

ด้านอารมณ์และจิตใจ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. ให้ความสำคัญและแสดงความยกย่องให้เกียรติผู้สูงอายุโดยถือว่าเป็นบุคคลในครอบครัว	4.37	.669	มาก	4.33	.547	มาก
2. ปฏิบัติตามคำแนะนำสั่งสอนของผู้สูงอายุ	4.43	.568	มาก	4.70	.466	มาก
3. รับฟังปัญหา คอยดูแลเอาใจใส่ปลอบโยนให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุไม่สบายใจ	4.13	.571	มาก	4.60	.498	มากที่สุด
4. ให้เวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำที่สุภาพ	4.30	.535	มาก	4.53	.507	มากที่สุด
5. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานด้วยความสามารถและความพอใจ	4.13	.681	มาก	4.37	.490	มาก
6. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรก เช่น เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้	4.27	.691	มาก	4.50	.509	มากที่สุด
7. ชื่นชมและให้กำลังใจ เมื่อผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันลดลง	4.10	.803	มาก	4.50	.509	มากที่สุด
8. ดูแลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ฟังธรรมะ ใส่บาตร	4.17	.648	มาก	4.57	.568	มากที่สุด
9. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง	4.27	.583	มาก	4.63	.490	มากที่สุด
10. พาผู้สูงอายุไปเที่ยวพักผ่อนตามสถานที่ต่าง ๆ	4.07	.704	มาก	4.76	.435	มากที่สุด
โดยรวม	3.95	.119	มาก	4.52	.173	มากที่สุด

จากตาราง พบว่า ก่อนทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$, $SD. = .119$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.07 – 4.43) 5 อันดับแรก ได้แก่ ปฏิบัติตามคำแนะนำสั่งสอนของผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญและแสดงความยกย่องให้เกียรติ ผู้สูงอายุโดยถือว่าเป็นบุคคลในครอบครัว ให้เวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำที่สุภาพ ให้เวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำที่สุภาพ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรก เช่น เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ตามลำดับ

หลังทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.52$, $SD. = .173$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.33 – 4.76) 5 อันดับแรก ได้แก่ พาผู้สูงอายุไปเที่ยวพักผ่อนตามสถานที่ต่างๆ ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ดูแลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนตร์ ฟังธรรมะ ใส่บาตร ปฏิบัติตามคำแนะนำสั่งสอนของผู้สูงอายุ ให้เวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำที่สุภาพ ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้าน (n = 30)

ด้านสังคม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะกับญาติพี่น้องหรือเพื่อน	4.27	.640	มาก	4.67	.479	มากที่สุด
2. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น วันสงกรานต์ งานบุญหมู่บ้าน	4.10	.548	มาก	4.60	.498	มากที่สุด
3. ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยต่อเหตุการณ์จากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ	4.43	.504	มาก	4.53	.507	มากที่สุด
4. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสา	4.33	.606	มาก	4.57	.568	มากที่สุด
5. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่บุตรหลานญาติ พี่น้องจัดขึ้น (ทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานแต่งงาน)	4.43	.568	มาก	4.70	.466	มากที่สุด
โดยรวม	4.18	.238	มาก	4.60	.250	มากที่สุด

จากตารางพบว่า ก่อนทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$, $SD. = .238$) เมื่อจำแนกรายข้ออยู่ในระดับมาก ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยต่อเหตุการณ์จากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่บุตรหลาน ญาติ พี่น้องจัดขึ้น (ทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานแต่งงาน) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสา สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะกับญาติพี่น้องหรือเพื่อน

ร่วมกิจกรรมที่บุตรหลาน ญาติ พี่น้องจัดขึ้น (ทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานแต่งงาน) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสา สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะกับญาติพี่น้องหรือเพื่อน

น้องหรือเพื่อน สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น วันสงกรานต์ งานบุญหมู่บ้าน ตามลำดับ

หลังทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$, $SD. = .250$ เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.53 – 4.70) ได้แก่ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่บุตรหลาน ญาติ พี่น้องจัดขึ้น

(ทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานแต่งงาน) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะกับญาติพี่น้องหรือเพื่อน สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น วันสงกรานต์ งานบุญหมู่บ้าน สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสา และท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยต่อเหตุการณ์จากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านเศรษฐกิจ ก่อนทดลองและหลังทดลอง ($n = 30$)

ด้านเศรษฐกิจ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. ท่านและครอบครัวให้เงินผู้สูงอายุ เพื่อใช้จ่ายส่วนตัวตามความต้องการ เช่น ทำบุญ	4.47	.507	มาก	4.57	.504	มากที่สุด
2. ท่านและครอบครัวให้เงินผู้สูงอายุเพื่อใช้จ่ายอย่างเพียงพอ	4.43	.504	มาก	4.57	.504	มากที่สุด
3. ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล	4.23	.568	มาก	4.43	.504	มาก
4. ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเดินทางไปพบแพทย์	4.23	.626	มาก	4.50	.509	มากที่สุด
5. ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำ ค่าไฟ	4.33	.606	มาก	4.60	.498	มากที่สุด
โดยรวม	4.34	.258	มาก	4.53	.184	มากที่สุด

จากตาราง พบว่า ก่อนทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.34$, $SD. = .258$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ระดับมาก (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.23 – 4.47) 5 อันดับแรก ได้แก่ ท่านและครอบครัวให้เงินผู้สูงอายุ เพื่อใช้จ่ายส่วนตัวตามความต้องการ เช่น ทำบุญ กิจกรรมของหมู่บ้าน ท่านและครอบครัวให้เงินผู้สูงอายุเพื่อใช้จ่ายอย่างเพียงพอ ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำ ค่าไฟ ท่านและครอบครัวให้การ

ช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเดินทางไปพบแพทย์ ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ตามลำดับ

หลังทดลองการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้านเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.53$, $SD. = .184$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ระดับที่สุด (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.43 – 4.60) 5 อันดับแรก ได้แก่ ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำ ค่าไฟ ท่านและครอบครัวให้เงินผู้สูงอายุ เพื่อใช้



จ่ายส่วนตัวตามความต้องการ เช่น ทำบุญ กิจกรรมของหมู่บ้าน ท่านและครอบครัวให้เงินผู้สูงอายุเพื่อใช้จ่ายอย่างเพียงพอ ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือ

ผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเดินทางไปพบแพทย์ และท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ก่อนและหลัง ทดลอง (n = 30)

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
ด้านสุขภาพ	3.95	.119	มาก	4.52	.173	มากที่สุด
ด้านอารมณ์และจิตใจ	3.95	.119	มาก	4.52	.173	มากที่สุด
ด้านสังคม	4.18	.238	มาก	4.60	.250	มากที่สุด
ด้านเศรษฐกิจ	4.34	.258	มาก	4.53	.184	มากที่สุด
โดยรวม	4.10	.069	มาก	4.54	.034	มากที่สุด

จากตารางพบว่า ก่อนการทดลองการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.93$, SD. = .65) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ระดับมาก (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.93 – 4.34) ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสุขภาพ และด้านอารมณ์และจิตใจ ตามลำดับ

หลังการทดลองการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.54$, SD. = .034) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.52 – 4.60) ได้แก่ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และด้านอารมณ์และจิตใจ ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง ก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD.		
1. ดูแลเกี่ยวกับอาหารการกินให้ผู้สูงอายุ	4.50	.62	4.33	.547	3.340	.002
2. คำนึงถึงความเหมาะสมและความต้องการของผู้สูงอายุ ก่อนซื้อหรือเตรียมอาหาร	4.63	.49	4.70	.466	2.483	.019
3. จัดหาอาหารบำรุงร่างกาย ผักและผลไม้ให้ผู้สูงอายุรับประทาน	4.56	.62	4.60	.498	5.517	.000
4. จัดที่อยู่อาศัยหรือที่นอนให้แก่ผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุ	4.60	.56	4.53	.507	3.247	.003

ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD.		
5. ดูแลทำความสะอาดห้องนอนและที่อยู่อาศัยให้ ผู้สูงอายุ	4.46	.62	4.37	.490	3.042	.005
6. ดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มของผู้สูงอายุให้ สะอาดเสมอ	4.36	.85	4.50	.509	3.340	.002
7. ดูแลผู้สูงอายุ ทำความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ	4.20	.88	4.50	.509	3.003	.005
8. ดูแลและอำนวยความสะดวกเรื่องยานพาหนะ เดินทางตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ	4.26	1.04	4.57	.568	2.693	.012
9. พาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปี	3.70	1.08	4.63	.490	5.174	.000
10. จัดหาและพาผู้สูงอายุไปตรวจรักษาเมื่อผู้สูงอายุ เจ็บป่วย	4.50	.73	4.76	.435	5.137	.000
โดยรวม	4.38	.55	4.52	.173	16.134	.000

จากตาราง พบว่า หลังการทดลองการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบการดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลบางตัวน ปะเหลียน จังหวัดตรัง ก่อนและหลังทดลอง ($n = 30$)

ด้านอารมณ์และจิตใจ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD.		
1. ให้ความสำคัญและแสดงความยกย่องให้เกียรติ ผู้สูงอายุโดยถือว่าเป็นบุคคลในครอบครัว	4.37	.669	4.33	.547	.226	.823
2. ปฏิบัติตามคำแนะนำสั่งสอนของผู้สูงอายุ	4.43	.568	4.70	.466	1.765	.088
3. รับฟังปัญหา คอยดูแลเอาใจใส่ปลอดภัยให้ กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุไม่สบายใจ	4.13	.571	4.60	.498	3.751	.001
4. ใช้เวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำที่สุภาพ	4.30	.535	4.53	.507	1.882	.070
5. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานด้วยความสามารถและความ พอใจ	4.13	.681	4.37	.490	1.564	.129
6. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรก เช่น เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้	4.27	.691	4.50	.509	1.756	.090
7. ชื่นชมและให้กำลังใจ เมื่อผู้สูงอายุสามารถ ทำกิจวัตรประจำวันลดลง	4.10	.803	4.50	.509	2.262	.031

ด้านอารมณ์และจิตใจ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD.		
8. คุณสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนตร์ ฟังธรรมะ ใส่บาตร	4.17	.648	4.57	.568	3.026	.005
9. คุณให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง	4.27	.583	4.63	.490	2.362	.025
10.พาผู้สูงอายุไปพักผ่อนหย่อนใจตามสถานที่ต่างๆ	4.07	.704	4.76	.435	3.839	.001
โดยรวม	3.95	.119	4.52	.173	16.134	.000

จากตารางพบว่า หลังการทดลองการดูแลผู้สูงอายุด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาข้อ พบว่า การรับฟังปัญหา คอยดูแลเอาใจใส่ปลอบโยนให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุไม่สบายใจ การชื่นชมและให้กำลังใจ เมื่อผู้สูงอายุสามารถ

ทำกิจวัตรประจำวันลดลง การดูแลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนตร์ ฟังธรรมะ ใส่บาตร การดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง การพาผู้สูงอายุไปพักผ่อนหย่อนใจตามสถานที่ต่าง ๆ หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบการดูแลผู้สูงอายุสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง ก่อนและหลังทดลอง ($n = 30$)

ด้านสังคม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD.		
1. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะกับญาติ พี่น้อง หรือเพื่อน	4.27	.640	4.67	.479	.769	.448
2. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น วันสงกรานต์ งานบุญหมู่บ้าน	4.10	.548	4.60	.498	1.072	.293
3. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยต่อเหตุการณ์จากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ	4.43	.504	4.53	.507	1.439	.161
4. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสา	4.33	.606	4.57	.568	1.975	.058
5. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่บุตรหลานหรือญาติพี่น้องจัดขึ้น เช่น ทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานแต่งงาน	4.43	.568	4.70	.466	1.975	.058
โดยรวม	4.18	.238	4.60	.250	3.994	.000

จากตาราง พบว่า หลังการทดลองการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.994, p < .05$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า หลังการทดลองกับก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบการดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง ก่อนและหลังทดลอง ($n = 30$)

ด้านเศรษฐกิจ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD.		
1. ท่านและครอบครัวให้เงินผู้สูงอายุ เพื่อใช้จ่ายส่วนตัวตามความต้องการ เช่น ทำบุญ กิจกรรมของหมู่บ้าน	4.47	.507	4.57	.504	2.449	.021
2. ท่านและครอบครัวให้เงินผู้สูงอายุเพื่อใช้จ่ายอย่างเพียงพอ	4.43	.504	4.57	.504	3.746	.001
3. ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล	4.23	.568	4.43	.504	.769	.448
4. ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเดินทางไปพบแพทย์	4.23	.626	4.50	.509	1.651	.109
5. ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำ ค่าไฟ	4.33	.606	4.60	.498	2.112	.043
โดยรวม	4.34	.258	4.53	.184	6.769	.000

จากตารางพบว่า หลังการทดลองการดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.769, p < .05$) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า หลังการทดลองท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำ ค่าไฟมากกว่าก่อนการทดลอง ท่านและครอบครัวให้เงินผู้สูงอายุ เพื่อใช้จ่ายส่วนตัวตามความต้องการ เช่น

ทำบุญ กิจกรรมของหมู่บ้าน ท่านและครอบครัวให้เงินผู้สูงอายุเพื่อใช้จ่ายอย่างเพียงพอ ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าโทรศัพท์ ค่าน้ำ ค่าไฟ แต่ท่านและครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบ การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลบางด้วน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง ก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD.		
ด้านสุขภาพ	4.38	.55	4.52	.173	16.134	.000
ด้านอารมณ์และจิตใจ	3.95	.119	4.52	.173	16.134	.000
ด้านสังคม	4.18	.238	4.60	.250	3.994	.000
ด้านเศรษฐกิจ	4.34	.258	4.53	.184	6.769	.000

จากตาราง พบว่า การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ด้านอารมณ์และจิตใจ ในประเด็นการให้ความสำคัญและแสดงความยกย่องให้เกียรติผู้สูงอายุ การใช้เวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำที่สุภาพ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรก ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นญาติ สมาชิกในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย จึงมีการดูแลซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของพิณทิพย์ จำปาพงษ์⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่เป็นเครือญาติกัน หลังการทดลองการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาข้อ พบว่า จัดหาอาหารบำรุงร่างกาย ผักและผลไม้ให้ผู้สูงอายุรับประทาน พาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปี จัดหายาและพาผู้สูงอายุไปตรวจรักษาเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านสังคม พบว่า การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะกับญาติ พี่น้อง หรือเพื่อน การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น วันสงกรานต์ งานบุญหมู่บ้าน และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยต่อเหตุการณ์จากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ประเด็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .001$) ซึ่งการแสดงบทบาทของสมาชิก จะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง รวมทั้งประเมินปัญหาอุปสรรคและแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถพัฒนาการทำหน้าที่ตามบทบาทที่มีทั้งต่อตนเองและต่อสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ด้านการสื่อสารในครอบครัว ช่วยสะท้อนทักษะในด้านการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมาสู่ผู้ดูแล ในด้านอารมณ์และจิตใจ ในประเด็นการให้ความสำคัญและแสดงความยกย่องให้เกียรติผู้สูงอายุ การใช้เวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วย

ถ้อยคำที่สุภาพ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรก ที่ไม่มีความแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลเรื่องอาหาร สังเกตอารมณ์และจิตใจผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เนื่องจาก ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น มีอาการซึมเศร้า อารมณ์ อ่อนไหวง่าย ชี้น้อยใจ ดังนั้น ผู้ดูแลและครอบครัวต้องมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ โดยการพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกัน ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ประเด็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่คาดหวังว่าหวังที่จะให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข

ในด้านการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมตั้งแต่การประเมินความพร้อม

ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การเสริมพลัง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experiences) ให้เห็นถึงผลสำเร็จที่เกิดจากการกระทำของตนเอง รวมทั้งการเสริมพลังให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้มือแรงใจในการดูแล สะท้อนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้จริง

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มอย่างต่อเนื่องให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพกายและใจให้กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. ดวงสุภา ก, ไสหา ส. การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยของประชากรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2021 Jun 30;17(1):52–63.
2. คุปตะวาทีน ว, วาสนาพงษ์ แ, มิตรสมหวัง พข. สังคมสูงวัยกับโลกสมัยใหม่. Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences). 2018;4(Special):444–50.
3. แสงทอง จ. สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. RUSAMILAE JOURNAL. 2017;38(1):6–28.
4. ธาณิรัตน์ ว, ต้นทสันติสกุล ว. รูปแบบการดำเนินชีวิต และความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2022;10(3):1176–91.
5. ทหารไทย ก, แซ่ทั้ง จ, ทองเนื้อขาว ข, กาศิโณน ป, ลักติธรรม ส, ดงนะเต็ง ฮ, et al. ความท้าทายในการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่ม Gen X ในอำเภอเมืองจังหวัดตรัง. Journal of Humanities and Social Sciences Review Lampang Rajabhat University. 2021 Dec 30;9(3):40–55.
6. Chansiri S, Phahuwatanakorn W, Yusamran C. Influences of Breastfeeding Attitude, Subjective Norm, and Self-Efficacy on Intention to Exclusive Breastfeeding among Teenage Pregnant Women: อิทธิพลของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. Nursing Science Journal of Thailand. 2017;35(4):49–60.
7. Rumjaun A, Narod F. Social Learning Theory—Albert Bandura. In: Akpan B, Kennedy TJ, editors. Science Education in Theory and Practice: An Introductory Guide to Learning Theory [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cited 2024 Jan 29]. p. 85–99. (Springer Texts in Education). Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-43620-9_7
8. Research on the Influence of Collaborative Learning among Bachelor of Education (Management) Students in University of Cape Coast, Ghana [Internet]. [cited 2024 Jan 29]. Available from: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=113002>
9. จำปาพงษ์ พ. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว และชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2018;15(3):85–92.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดกระบี่

Health Literacy and self-care behaviors to prevent stroke in the group at
high risk of cerebrovascular disease in Krabi province.

นัยนา ชนะ

Naina Chana

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

(Received: November 30, 2023; Accepted: December 24, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุอยู่ในช่วง 35 –59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการของรัฐในจังหวัดกระบี่ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณ 184 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 78.61$, $SD = 17.08$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน ($M = 75.33$, $SD = 19.33$) รองลงมาคือด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($M = 72.72$, $SD = 16.47$) ส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 71.82$, $SD = 7.31$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($r=0.568$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($r=0.188$, 0.191 , 0.192 , 0.261 และ 0.243 ตามลำดับ) ส่วนด้านการโต้ตอบชักถาม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This research This is a cross-sectional survey research. (Cross-sectional survey research) to study the relationship between health literacy in preventing stroke in high-risk groups and self-care health behavior in preventing stroke in high-risk groups. The sample group is diabetic patients. Hypertensive patients aged 35-59 years receiving treatment at chronic infectious disease clinics in government service units in Krabi Province. Select a specific method (Purposive sampling), resulting in a sample size of approximately 184 people. Tools used in the research It is a questionnaire on health literacy and self-care behavior for stroke prevention in groups at high risk for stroke. Data were analyzed using descriptive statistics, including number, percentage, mean, and standard deviation. and inferential statistics with the correlation coefficient (r) $P < 0.05$

The research results found that the Level of Health Literacy in stroke prevention Overall, the average score was at a good level ($M = 78.61$, $SD = 17.08$) The aspect with the highest average score was the interaction, questioning, and exchange aspect ($M = 75.33$, $SD = 19.33$), followed by the behavior modification aspect ($M = 72.72$, $SD = 16.47$) The average level of health behaviors and self-care for stroke prevention was at a good level ($M = 71.82$, $SD = 7.31$) Overall health literacy. There is a positive relationship with self-care health behaviors in preventing stroke in high-risk groups. with a Pearson correlation coefficient ($r=0.568$). When classified by aspect, it was found that Access to information Understanding health information, and decision-making in terms of behavior modification and word of mouth, there is a positive relationship with self-care health behavior in preventing stroke in high-risk groups, with Pearson correlation coefficients ($r=0.188$, 0.191 , 0.192 , 0.261 , and 0.243 , respectively). As for the questioning interaction, there is no relationship between health behaviors and self-care for stroke prevention in high-risk groups.

Keywords: Health literacy, self-care behavior, stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรในประเทศต่างๆ ทั่วโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นมากในช่วงปีที่ผ่านมา จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบว่า ปี 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสอง และพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก ประเทศไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 543 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งกรมควบคุมโรค ประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ทุก 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกมีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) สำหรับจังหวัดกระบี่มีผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 25 ปี มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองปี 2561 ถึง 2564 เท่ากับ 36.82, 40.15, 44.20 และ 41.56 ต่อประชากรแสนคน (กองโรคไม่ติดต่อ, 2565) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีระดับเสี่ยงสูง พบว่าหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองมักไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ทำให้สูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง สูบบุหรี่ ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การดื่มแอลกอฮอล์

การใช้อาสาสมัคร การใช้อาสาสมัคร และปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ อายุ พันธุกรรม ชาติพันธุ์ ประวัติศาสตร์สายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรม การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ ไม่สามารถจัดการความเครียดได้ สูบบุหรี่หรือยาสูบ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นำไปสู่ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบโรคประจำตัวเดิมที่เป็นอยู่ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นต้น การส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโดยเริ่มด้วยการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยพบว่าปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ปาจร่า โพธิ์หัง, 2564) และความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ หากประชาชนได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้เจ็บป่วยและเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561) รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ด้วย (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560)

จากหลักการและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ โรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดกระบี่ ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบ

สุขภาพ เพราะช่วยให้ได้ทราบระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนในการดูแลกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดกระบี่เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุอยู่ในช่วง 35 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการของรัฐในจังหวัดกระบี่ และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงขึ้นไป ($\geq 20\%$ ขึ้นไป) ปีงบประมาณ 2566 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ที่ระดับความ

เชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณ 184 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 22 ข้อ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์/อัมพาต จำนวน 4 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์/อัมพาต จำนวน 3 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 ได้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน จำนวน 3 ข้อ องค์ประกอบที่ 4 ตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ องค์ประกอบที่ 5 เปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 6 บอกต่อ จำนวน 3 ข้อ ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร จำนวน 6 ข้อ การออกกำลังกาย (กิจกรรมทางกาย) จำนวน 2 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 1 ข้อ การสูบบุหรี่/ยาเส้น จำนวน 2 ข้อ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ข้อ ตอนที่ 4 พฤติกรรม การรับประทานยาและมาตรวจตามนัดในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r)

จริยธรรมในการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

กระทรวงสาธารณสุขเลขที่ KB-IRB 2023/12.2505
ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุอยู่ในช่วง 35 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการของรัฐในจังหวัดกระบี่ และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงขึ้นไป ($\geq 20\%$ ขึ้นไป) จำนวน 184 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.72) เพศชาย (ร้อยละ 47.28) อายุเฉลี่ย 57 ปี ($SD = 2.92$) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.93) มีโรคประจำตัว โรคความ

ดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 82.61, 77.17, และ 53.80 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนอันตรายและอ้วน ร้อยละ 41.30 และ 30.98 รอบเอวเกิน ร้อยละ 87.50 สูบบุหรี่/ยาเส้น (ร้อยละ 20.65) โดยมีความถี่ในการสูบบุหรี่เฉลี่ย 8 ม้วน/วัน ต้มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 14.67) โดยมีความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เฉลี่ย 2 แก้ว/วันระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 78.61$, $SD = 17.08$) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และดีมาก ร้อยละ 34.24 รองลงมา มีความรอบรู้ในระดับไม่ดี ร้อยละ 17.39 และระดับพอใช้ ร้อยละ 14.13 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	ความรู้ด้านสุขภาพ	
		จำนวนคน	ร้อยละ
คะแนน < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	32	17.39
คะแนน ≥ 60 - < 70% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	26	14.13
คะแนน ≥ 70 - < 80% ของคะแนนเต็ม	ดี	63	34.24
คะแนนหรือ $\geq 80\%$	ดีมาก	63	34.24
$M = 78.61$ $SD = 17.08$			

ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ออกเป็นแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยอยู่ในระดับดีพอใช้ ($M = 68.78$, $SD = 20.01$) คือ สามารถเข้าถึง ตรวจสอบข้อมูล แหล่งข้อมูลสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริงที่เพียงพอ และอาจปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าใจข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 72.72$, $SD = 16.36$) คือ กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านข้อมูลด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ หรือเว็บไซต์ รวมถึงผลยาที่ได้รับถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บรักษาและผลข้างเคียง และเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอในรูปของตัวเลขได้ดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 75.33$, $SD = 19.33$) คือ กลุ่มตัวอย่างกล้าที่จะขอข้อมูล ชักถามผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความเข้าใจถึงวิธีการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้ถูกต้อง และสามารถพูดคุย แลกเปลี่ยน กับเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพหรือผู้รู้ท่านอื่นๆ ได้ดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 4 ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 70.25$, $SD = 19.55$) คือ มีการตรวจสอบข้อมูล พิจารณาข้อดี ข้อเสีย และตัดสินใจในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเริ่มมีปัญหาได้ดีเพียงพอและมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 5 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 72.72$, $SD = 16.47$) คือ มีการตั้งเป้าหมายไว้ชัดเจน วางแผน ปฏิบัติอย่างจริงจัง และประเมินข้อมูลการปฏิบัติตัวกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ รวมทั้งหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งเมื่อมีอาการดังกล่าวรีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด รวมทั้งใช้บริการ 1669 โรงพยาบาลใกล้บ้านเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือปัญหาสุขภาพ ได้ดีเพียงพอและมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 6 ด้านการบอกต่อข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถบอกต่อข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 68.51$, $SD = 21.54$) คือ สามารถนำประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองไปบอกต่อแก่ผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งสามารถชักชวนให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและสามารถเป็นแบบอย่างในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่เพียงพอและอาจปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ระดับความรู้				คะแนนเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก	
	ได้คะแนน	ได้คะแนน	ได้คะแนน	ได้คะแนน	
	< 60%	≥60-<70%	≥70-<80%	≥80%	
	(จำนวน/ร้อยละ)	(จำนวน/ร้อยละ)	(จำนวน/ร้อยละ)	(จำนวน/ร้อยละ)	มาตรฐาน
การเข้าถึงข้อมูล	47/25.55%	24/13.04%	23/12.50%	90/48.91%	68.78±20.01
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	26/14.13%	36/19.57%	30/16.30%	92/50.00%	72.72±16.36
การโต้ตอบซักถาม	23/12.50%	13/7.06%	14/7.61%	134/72.83%	75.33±19.33
การตัดสินใจ	26/14.13%	44/23.91%	13/7.07%	101/54.89%	70.25±19.55
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	25/13.59%	27/14.67%	50/27.17%	82/44.57%	72.72±16.47
การบอกต่อ	36/19.57%	35/19.02%	13/7.06%	100/54.35%	68.51±21.54

ระดับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (M = 71.82, SD = 7.31) คือมีพฤติกรรมปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เป็นส่วนใหญ่ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง	
		จำนวนคน	ร้อยละ
คะแนน < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	5	2.72
คะแนน ≥60 - <70%	พอใช้	11	5.98
คะแนน ≥70 - <80%	ดี	59	32.07
คะแนน ≥80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	109	59.24

M = 71.82, SD = 7.31

พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายพฤติกรรม ดังนี้การรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพการรับประทานอาหารเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (M = 71.52, SD = 9.95) คือ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้ถูกต้อง เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่

การออกกำลังกาย(กิจกรรมทางกาย) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกาย(กิจกรรมทางกาย) เฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ (M = 61.85, SD = 20.98) คือ มีการออกกำลังกาย(กิจกรรมทางกาย) บ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ

การจัดการความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียด เฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 65.43$, $SD = 23.40$) คือ มีการจัดการความเครียดได้เหมาะสมเป็นบางครั้ง

การสูบบุหรี่/ยาเส้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองด้านการสูบบุหรี่/ยาเส้น ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($M = 82.45$, $SD = 24.81$) คือ มีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ถูกต้องสม่ำเสมอ

การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองด้านการดื่ม

เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($M = 92.72$, $SD = 18.97$) คือ มีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ถูกต้องสม่ำเสมอ

พฤติกรรมรับประทานยาและมาตรวจตามนัดในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานยาและมาตรวจตามนัดในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดสมองเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($M = 93.57$, $SD = 11.13$) คือ มีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สม่ำเสมอ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแต่ละพฤติกรรม

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ				M	S.D.	ระดับ
	ไม่ดี (จำนวน/ร้อยละ)	พอใช้ (จำนวน/ร้อยละ)	ดี (จำนวน/ร้อยละ)	ดีมาก (จำนวน/ร้อยละ)			
การรับประทานอาหาร	14/7.61%	54/29.35%	72/39.13%	44/23.91%	71.52	9.95	ดี
การออกกำลังกาย (กิจกรรมทางกาย)	63/34.24%	32/17.39%	38/20.65%	51/27.72%	61.85	20.98	พอใช้
การจัดการความเครียด	53/28.80%	46/25.00%	0/0%	85/46.20%	65.43	23.40	พอใช้
การสูบบุหรี่/ยาเส้น	27/14.67%	10/5.43%	7/3.80%	140/76.09%	82.45	24.81	ดีมาก
การดื่มเครื่องดื่มที่มี ส่วนผสมของแอลกอฮอล์	11/5.98%	7/3.80%	0/0%	166/90.22%	92.72	18.97	ดีมาก
พฤติกรรมรับประทาน ยาและมาตรวจตามนัด	4/2.17%	3/1.63%	8/4.35%	169/91.85%	93.57	11.13	ดีมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูงกับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูงพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์เพียร์สัน($r=0.568$)เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($r=0.188$, 0.191 , 0.192 , 0.261 และ 0.243)

ตามลำดับ) ส่วนด้านการโต้ตอบซักถามไม่มี ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูงดังตารางที่ 5
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการ

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูงกับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูง

ความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(r) พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	P-value
การเข้าถึงข้อมูล	0.188	0.011*
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	0.191	0.009*
การโต้ตอบซักถาม	0.094	0.204
การตัดสินใจ	0.192	0.009*
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	0.261	<0.001*
การบอกต่อ	0.243	<0.001*
ภาพรวม	0.568	<0.001*

*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดี คือ สามารถเข้าถึงข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง เข้าใจข้อมูลที่ได้มาพร้อมตอบโต้ ซักถามเมื่อมีข้อสงสัย แลกเปลี่ยนตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และบอกต่อข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่บุคคลอื่นได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมารับบริการตามแพทย์นัด ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ทั้งการให้คำแนะนำแบบกลุ่ม (Focus group) และรายบุคคล โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ในโรงพยาบาล เชื่องโยง 3 หมอ หมอประจำครอบครัว หมอคนที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอคนที่ 2

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมอคนที่ 3 แพทย์ในการเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังมีการเข้าถึงของระบบเทคโนโลยี เช่น ไลน์ หมอครอบครัว ไลน์ Official Account ของหน่วยบริการ ไลน์ เฉพาะบุคคล เฟสบุ๊คหน่วยบริการ เป็นต้น ซึ่งสามารถให้ข้อมูลโต้ตอบซักถามช่วยในการตัดสินใจ ส่งภาพอาหารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการประเมินติดตามเป็นระยะๆ นอกจากนี้ยังมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสถานีวิทยุ หอกระจายข่าวในชุมชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางด้านสุขภาพมากขึ้นดังการศึกษาพจนานามิตรเปริยญ (2563) พบว่ากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ออกเป็นแต่ละองค์ประกอบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยนตัดสินใจ และ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยอยู่ในระดับดี แต่ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และด้านการบอกต่อข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษา เอกชัย ชัยยาทา (2560) พบว่า ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและรู้เท่าทันสื่อของกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาในการสืบค้นหาข้อมูลจากแหล่งอื่น นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากการมาตรวจตามนัด และการเยี่ยมบ้านจากหมอบริการครอบครัว รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.หมอบริการที่ 1) และไม่มีเวลาในการบอกต่อข้อมูลสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้อื่นได้

พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษา สุริยา หล้าคำ, ศิราณี อินทรหนองไผ่ (2560) พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกรายพฤติกรรม พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่/ยาเส้น การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการรับประทานยาและมาตรวจตามนัดในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดีมาก การรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการออกกำลังกาย (กิจกรรมทางกาย) และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาปิยะนุช จิตตุนนท์, อารณ ธิพย์ บัวเพชร, และพิมพ์พิศา คักดีสองเมือง (2564) พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุรา และด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูงในขณะที่ด้านการจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษา

กัญญาวิญญ์ ต้นสวรรค์, อุษณีย์ รามฤทธิ์ (2566) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง การสูบบุหรี่และการดื่มสุราอยู่ในระดับมากที่สุด

ความรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($r=0.568$) ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคและวิธีการป้องกันได้อย่างเหมาะสม ความเข้าใจในสุขภาพหลอดเลือดสมอง รวมถึงปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายไม่เพียงพอ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และสุขภาพจิต สามารถช่วยให้คนรับรู้ถึงการพยายามป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น พร้อมกันนั้น ความรู้ด้านสุขภาพยังส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของบุคคลด้วย คนที่มีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เสี่ยงต่อโรค เป็นต้น นอกจากนี้ ความรู้ด้านสุขภาพยังส่งผลต่อการตัดสินใจในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพบคุณหมอเพื่อตรวจสุขภาพอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ ปาจรา โพธิ์หัง (2564) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประชากรไทย ซึ่งความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับสุขภาพมีผลทำให้บุคคลมีความเข้าใจและกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย, การบริโภคอาหารที่เหมาะสม, และการเลือกที่จะป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำข้อมูลจากการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ควรให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาต่อยอดเป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เช่น โปรแกรมหรือแนวทางปฏิบัติในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย) สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2565 จาก <https://www.niems.go.th>
2. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560-2564). สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2565 จาก <http://www.thaincd.com/>
3. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557) การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัทอาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด
4. ปาจร่า โพธิ์หัง. (2564) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 29 (3) หน้า 115-130
5. ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561) ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก. 19 (ฉบับพิเศษ) หน้า 1-11
6. วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยนาวิ. 44 (3) หน้า 183-197
7. พจนา มิตรเปรียญ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแล ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกษร อําเภอกษร จังหวัดพัทลุง. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 จาก <http://data.ptho.moph.go.th>
8. เอกชัย ชัยยาทา. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการการเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.

9. สุริยา หล้ากำ, ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลตำรวจ. 9 (2) หน้า 85-93
10. ปิยะนุช จิตตุนนท์, อารณทิพย์ บัวเพชร, และพิมพ์ิศา ศักดิ์สองเมือง. (2564) ความรอบรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 41 (2) หน้า 13-25
11. กัญญาวิทย์ ต้นสวรรค์, อุษณีย์ รามฤทธิ์. (2566) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และ สุขภาพชุมชน. 8 (1) หน้า 143-151

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ตำบลหงษ์เจริญ อำเภотаแซะ จังหวัดชุมพร

Behavioral Change Program for Prevention and Control of Dengue Fever
at Hong Charoen Subdistrict, Tha Sae District, Chumphon Province.

อนุกุล พลวัชรินทร์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหงษ์เจริญ สำนักงานสาธารณสุขอำเภотаแซะ จังหวัดชุมพร

(Received: November 30, 2023; Accepted: December 24, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหงษ์เจริญ อำเภотаแซะ จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มควบคุม 44 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานด้วย Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความรู้ ($\bar{X}_{\text{diff}}=3.68$, 95% CI = 2.84 to 4.51) การรับรู้ความรุนแรง ($\bar{X}_{\text{diff}}=1.04$, 95% CI = 0.08 to 2.00) การรับรู้อุปสรรค ($\bar{X}_{\text{diff}}=0.93$, 95% CI = -0.04 to 1.91, P-value = 0.062) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($\bar{X}_{\text{diff}}=2.50$, 95% CI = 0.81 to 4.81, P-value = 0.004) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ค่า HI (House Index) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีผลต่าง ร้อยละ 6.20, 6.45, และ 5.64 ตามลำดับ และต่ำกว่า ร้อยละ 10

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การป้องกันและควบคุมโรค, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This study is quasi-experimental research that aims to study the effectiveness of behavior modification programs in the prevention and control of dengue fever. Hong Charoen Subdistrict, Tha Sae District, Chumphon Province. The sample group consisted of 88 people, divided into an experimental group of 44 people and a control group of 44 people, using multi-stage random sampling. The research period was 12 weeks. Data was collected using a questionnaire on knowledge about dengue fever. Perception of risk opportunities perception of violence perceived benefits Obstacle perception Behaviors for prevention and control of dengue fever and the mosquito larvae index value Data were analyzed using descriptive statistics including number, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were analyzed using an independent t-test at the statistical significance level of 0.05.

The research results found that After receiving the behavior modification program for prevention and control of dengue fever, knowledge ($\bar{x}_{diff}=3.68$, 95% CI = 2.84 to 4.51), perception of severity ($\bar{x}_{diff}=1.04$, 95% CI = 0.08 to 2.00) Perceived barriers ($\bar{x}_{diff}= 0.93$, 95% CI = -0.04 to 1.91, P-value = 0.062) Dengue fever prevention and control behavior ($\bar{x}_{diff}= 2.50$, 95% CI = 0.81 to 4.81, P-value = 0.004) The two groups were significantly different at the 0.05 level. The Aedes larvae index value, week 4, week 8, and week 12 found that the experimental group had a mosquito larvae index value HI (House Index) less than the control group, with differences of 6.20 percent, 6.45, and 5.64 percent, respectively, and 10 percent lower.

Keywords: Behavior modification, Disease prevention and control, Dengue fever

บทนำ

ไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever - DHF) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ, มีผลกระทบมากมายในกว่า 100 ประเทศโดยเฉพาะในภูมิภาคเขตร้อนและกึ่งร้อน ในแต่ละปีมีการแพร่ระบาดที่รวดเร็วพบผู้ป่วยทั่วโลกปีละมากกว่า 50-100 ล้านคน, กว่าครึ่งหนึ่งจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 25,000 รายต่อปี, มีอัตราการตายอยู่ที่ร้อยละ 2.5 โรคไข้เลือดออกมีทั้งหมด 4 ชนิด (DEN-1, DEN-2, DEN-3, และ DEN-4) พาหะหลักในการแพร่เชื้อไวรัสเดงกีคือยุงลายบ้านและยุงลายสวน จากข้อมูลจากระบบรายงานเฝ้าระวังโรค สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในปี 2566 (ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 24 พฤษภาคม 2566) พบผู้ป่วยจำนวน 16,650 ราย อัตราป่วย 25.16 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 14 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.08 ซึ่งจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2566 มากกว่า พ.ศ. 2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน 3.7 เท่า (กองโรคติดต่อภายใน, 2566) สถานการณ์โรคไข้เลือดออก จังหวัดชุมพร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 กรกฎาคม 2566 พบผู้ป่วยไข้เลือดออก 701 ราย อัตราป่วย 138.10 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.14 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ พบในกลุ่มอายุ 10-14 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ปี 2566) ผู้ป่วยจะสูงกว่าค่ามัธยฐาน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2566) สำหรับอำเภอท่าแซะ พบผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 113 ราย อัตราป่วย 135.64 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ผู้ป่วยจะสูงกว่าค่ามัธยฐาน 4.8 เท่า สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหงษ์เจริญ อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร พบผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 16 ราย อัตราป่วย 265.30 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ผู้ป่วยจะสูงกว่า

ค่ามัธยฐาน 1.4 เท่า (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ, 2566)

การป้องกันโรคไข้เลือดออกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ครั้งที่ 3/2566 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2566 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1. ระดับปฐมภูมิ สื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคไข้เลือดออกให้นักเรียน ผู้ปกครอง และประชาชนทั่วไป ได้รับรู้เนื่องจากผู้ป่วยไข้เลือดออกพบในกลุ่มวัยเรียนสูง รณรงค์กำจัดลูกน้ำ ยุงลาย ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และทำต่อเนื่องในโรงเรียน สถานศึกษา บ้าน และชุมชน นอกจากนี้ ประสานท้องถิ่น เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ สารเคมี กำจัดลูกน้ำ และยุงลาย 2. ระดับทุติยภูมิ วินิจฉัย รักษาตามแนวปฏิบัติ และรายงานโรค มีการทบทวนแนวปฏิบัติ และ 3. ระดับตติยภูมิ รักษา ส่งต่อ และฟื้นฟู เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ต่างๆ ทางแพทย์ ให้พอเพียง ส่วนแนวทางของการควบคุมโรคให้ศึกษาจากคู่มือของกรมควบคุมโรค ของกรมการแพทย์ ปี 2559 แนวทางวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีในผู้ใหญ่ ปี 2563 นิยามโรคและแนวทางการ รายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย กรมควบคุมโรค ปี 2563

การนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เนื่องจากมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ, ความรับรู้, และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการป้องกันโรค การใช้ Health Belief Model ช่วยในการกำหนด และดำเนินการที่เน้นความเข้าใจและการรับรู้ของบุคคลต่อ ความรุนแรงของโรคและประสิทธิภาพของมาตรการป้องกัน โดยเมื่อบุคคลมีความเชื่อ รับรู้ถึงภาวะคุกคามที่จะถึงตัวบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค และจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ

(Becker, M.H.,1975) (Rosenstock, 1974) ดังนั้น การนำทฤษฎีและแนวคิดที่นำเสนอในแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการจัดกิจกรรมแก้ไข้ปัญหาการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในการแก้ไข้ปัญหา โรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก การรับรู้ถึงความรุนแรงต่อโรค ไข้เลือดออก การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการป้องกันโรค ไข้เลือดออก การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรค ไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการ ทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบสองกลุ่มก่อนและ หลังการทดลอง (Two Groups Pre-test and Post-test Design) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) เป็นกลุ่มได้รับโปรแกรมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก และกลุ่มควบคุม (Control group) เป็น กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจ

ทดสอบ (Power Analysis) (Cohen,1988) เมื่อ กำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบ (effect size) เท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = 0.05$ คำนวณกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินงานจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 25 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 87.5 คน $\approx$ 88 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 44 คน กลุ่มควบคุม 44 คน การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จำแนกหมู่บ้านในตำบลหงษ์เจริญ อำเภอท่าชะ จังหวัดชุมพร ทั้งหมด 13 หมู่บ้าน

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) พิจารณาจากหมู่บ้านที่มี อุบัติการณ์ไข้เลือดออกมากที่สุด 2 อันดับแรกของตำบล และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI) มากกว่า 10 เพื่อคัดเลือก กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้

- กลุ่มทดลอง เป็นประชากรที่ อาศัยอยู่ หมู่ที่ 4 บ้านตาหงส์ พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหงษ์เจริญ อำเภอท่าชะ จังหวัดชุมพร เลือกแบบเจาะจง จำนวน 44 คน

- กลุ่มควบคุม เป็นประชากรที่ อาศัยอยู่ หมู่ที่ 9 บ้านบางกลอย พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากด่าน อำเภอท่า ชะ จังหวัดชุมพร เลือกแบบเจาะจง จำนวน 44 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ตัวแทนครัวเรือน 1 คน ต่อ 1 ครัวเรือน อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียน ได้และสื่อสารได้อย่างชัดเจน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ ยิน เป็นผู้ที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ไม่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีการเสียชีวิต หรือย้ายออกจากหมู่บ้านในระหว่างการทดลอง ในระหว่างที่ศึกษากลุ่มตัวอย่าง ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรม ปฏิเสธการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้มี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การบรรยายประกอบสื่อ วีดิทัศน์ ภาพนิ่ง อภิปรายกลุ่ม สาธิตและฝึกปฏิบัติการสำรวจลูกน้ำยุงลาย คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554) และ กฤตเมธ อัทธภูมิ (2560)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สมาชิกภายในบ้าน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ (ตอบถูก=1 คะแนน, ตอบผิด=0 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.84

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อ

คำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.82

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.80

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.88

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.90

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ทำเป็นประจำ (3 คะแนน) ทำเป็นบางครั้ง

(2 คะแนน) และไม่ทำ (1 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) = 0.89

ส่วนที่ 8 แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย เป็นแบบประเมินความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก การรับรู้ถึงความรู้แรงต่อโรคไข้เลือดออก การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

3. เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.82 เพศชาย ร้อยละ 18.18 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 30-39 ปี และ 40-49 ปี ร้อยละ 36.36 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.73 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.91 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.73 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน ร้อยละ 34.09 ได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก จากทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 97.73 รองลงมาทางหอกระจาย

ข่าว/เสียงตามสาย ร้อยละ 90.91 กลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.34 เพศชาย ร้อยละ 36.36 ส่วนใหญ่อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 40.91 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.27 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.27 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน ร้อยละ 43.18 ได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก จากทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 95.45 รองลงมา หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย ร้อยละ 90.91

เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 13.20 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 14.13 คะแนน ซึ่งความรู้โรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มทดลอง 0.93 คะแนน (95% CI = - 1.89 to 0.33, P-value = 0.058)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 17 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 13.31 คะแนน ซึ่งความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 3.68 คะแนน (95% CI = 2.84 to 4.51, P-value < .001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ก่อนการทดลอง	13.20	2.52	14.13	2.00	-0.93	-1.89 – 0.33	-1.91	0.058
หลังการทดลอง	17.00	1.97	13.31	1.96	3.68	2.84 – 4.51	8.76	<.001

P-value<0.05 = Significant

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 26.06 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 25.29 คะแนน ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

โรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.77 คะแนน (95% CI = - 0.27 to 1.82, P-value = 0.147)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 26.40 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 25.88 คะแนน ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.52 คะแนน (95% CI = - 0.44 to 1.49, P-value = 0.286) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ก่อนการทดลอง	26.06	2.21	25.29	0.77	0.77	-0.27-1.82	1.46	0.147
หลังการทดลอง	26.40	2.45	27.70	2.86	0.52	-0.44-1.49	1.07	0.286

P-value<0.05 = Significant

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 25.90 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 24.77 คะแนน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม

1.13 คะแนน (95% CI = - 0.06 to 2.20, P-value = 0.037)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 26.13 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 25.09 คะแนน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.04 คะแนน (95% CI = 0.08 to 2.00, P-value = 0.033) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ความ รุนแรง	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ก่อนการทดลอง	25.90	2.68	24.77	2.34	1.13	0.06-2.20	1.13	0.037
หลังการทดลอง	26.13	2.33	25.09	2.19	1.04	0.08-2.00	1.04	0.033

P-value<0.05 = Significant

การรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 27.61 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 28.75 คะแนน ซึ่งการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม -1.13 คะแนน (95% CI = - 2.01 to -2.54, P-value = 0.012)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 28.63 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 27.70 คะแนน ซึ่งการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.93 คะแนน

(95 % CI = -0.04 to 1.91, P-value = 0.062) ดัง
ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ ผลประโยชน์	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ก่อนการทดลอง	27.61	2.13	28.75	2.02	-1.13	-2.01 - -2.54	-2.56	0.012
หลังการทดลอง	28.63	1.57	27.70	2.86	0.93	-0.04 - 1.91	1.89	0.062

P-value<0.05 = Significant

การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการ
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมี
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออกเท่ากับ 15.13 คะแนน และกลุ่มควบคุม
มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลประโยชน์ต่อการป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 16.95 คะแนน ซึ่งการ
รับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อ
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ต่อการป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม -1.81

คะแนน (95 % CI = - 2.01 to -2.54, P-value =
0.012)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมี
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออก เท่ากับ 23.31 คะแนน และกลุ่ม
ควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 17.38 คะแนน ซึ่ง
การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทาง
สถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้
อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
มากกว่ากลุ่มควบคุม 5.93 คะแนน (95% CI = 3.39 to
8.47, P-value = 0.013) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้อุปสรรค	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ก่อนการทดลอง	15.13	4.58	16.95	6.32	-1.81	-4.15 - 0.52	-1.54	0.126
หลังการทดลอง	23.31	5.10	17.38	6.79	5.93	3.39 - 8.47	4.64	0.013

P-value<0.05 = Significant

พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 25.86 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 28.18 คะแนน ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม -2.31

คะแนน (95 % CI = - 4.41 to -2.25, P-value = 0.030)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 30.50 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 28.00 คะแนน ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.50 คะแนน (95% CI = 0.81 to 4.81, P-value = 0.004) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้อุปสรรค	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Diff.	95% CI	t	p-value
	(n=44)		(n=44)					
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ก่อนการทดลอง	25.86	4.47	28.18	5.36	-2.31	-4.41 - -2.25	-2.20	0.030
หลังการทดลอง	30.50	3.55	28.00	4.35	2.50	0.81-4.18	2.95	0.004

P-value<0.05 = Significant

เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ซึ่งวัดจากค่า HI (House Index) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า HI เท่ากับ 10.53 และ 11.34 ตามลำดับ ซึ่งค่า HI ทั้งสองกลุ่มมีค่า HI มากกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งเกินเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ไม่เกิน ร้อยละ 10) โดยกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 0.81

หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า HI เท่ากับ 5.26 และ 11.46 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่า

ร้อยละ 10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนกลุ่มทดลองมีค่า HI มากกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 6.20

หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า HI เท่ากับ 1.96 และ 11.41 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนกลุ่มทดลองมีค่า HI มากกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 9.45

หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า HI เท่ากับ 7.56 และ 16.20 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุข

กำหนด ส่วนกลุ่มทดลองมีค่า HI มากกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกลุ่มทดลองมีค่า HI น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 8.64 ดังตารางที่ 4.14 และภาพที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ซึ่งวัดจากค่า HI (House Index) Index) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาติดตาม	กลุ่มทดลอง ค่า HI (%)	กลุ่มควบคุม ค่า HI (%)	ผลต่าง
สัปดาห์ที่ 1	10.53	11.34	0.81
สัปดาห์ที่ 4	5.26	11.46	6.2
สัปดาห์ที่ 8	1.96	11.41	9.45
สัปดาห์ที่ 12	7.56	16.20	8.64

อภิปรายผล

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ประยุกต์เนื้อหาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้มีผลดีต่อพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง การบรรยายระบาศาสนาของโรคไข้เลือดออก, สาเหตุ, การแพร่กระจาย, อาการ, การรักษา, และวงจรชีวิตของยุงลายมีส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจและตระหนักในปัญหา การบรรยายถึงลูกน้ำยุงลายในชุมชนและการเสนอผลการสำรวจมีส่วนสำคัญในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ การอบรมกลุ่มลงฝึกสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนมีบทบาทในการสร้างความเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ยังใช้กิจกรรมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีทางกายภาพ มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวทุกวันศุกร์ กิจกรรมเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง จากผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก ในหลายช่องทาง โดยในกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลข่าวสารโรค

ไข้เลือดออก จากทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 97.73 รองลงมาทางหอกระจายข่าว/เสียงตามสาย ร้อยละ 90.91 กลุ่มควบคุมได้รับจากทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 95.45 รองลงมา หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย ร้อยละ 90.91 ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1975) ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคลมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ส่งผลให้ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ค่า HI (House Index) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีผลต่าง ร้อยละ 6.20, 6.45, และ 5.64 ตามลำดับ และต่ำกว่า ร้อยละ 10 การศึกษาของฐิติชญา ฉลาดล้ำ และพิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม (2562)

ที่ทดลองใช้รูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าหลังการดำเนินกิจกรรม 1 เดือน, การสำรวจครัวเรือนที่เข้าร่วมทั้งหมดพบว่าประชาชนที่ปลูกน้ำยุงลายมีอัตราการลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้เป็นการสรุปและนำเสนอข้อมูลที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จรวยสุวรรณบำรุง (2557) ที่พบว่าหลังการดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่สูง อำเภอเสี่ยงสูง, ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และปรณพัชร วงศ์ธีรพงษ์ (2565) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. กฤตเมธ อัทธภูมิ, วินัย รัตนสุวรรณ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2560). ประสิทธิผลการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*; 11(2): 140-53.
2. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2566). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2566. <https://lookerstudio.google.com/reporting/dfa7d4e2-b7f5-48ed-b40a54f1cd4cbdfb/page/cFWgC?s=wJjraAskGk>

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพครัวเรือนมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เรียนรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อโรคไข้เลือดออก รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระยะยาว
2. การศึกษาที่มีการวัดซ้ำหลายครั้ง ควรจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มเติมเป็น 2 หรือ 3 ช่วง เพื่อเป็นการกระตุ้นประชาชนดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน
3. ควรพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ โรคและภัยสุขภาพ

3. จรรย์ สุวรรณบำรุง. (2557). ผลการประเมินสถานการณ์ปัญหาและการจัดการดัชนีลูกน้ำยุงลาย โดยผสมผสานวิธีและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของตำบลกำแพงเขา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่* 6(5): 54-75.
4. ฐิติญา ฉลาดล้ำ และพิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม. (2562). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาตำบลต้นแบบ หมู่ 3 บ้านทุ่งทอง ตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 153-162.
5. ประณพพัชร วงศ์ธีราพงษ์ (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5935/3/PannaphatWonghiraphong.pdf>
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. (2566). โปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรค 506 ปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร.
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ. (2566). โปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรค 506 ปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ.
8. Becker, M.H.. (1975). Socio-behavioral Determinant of compliance with health and medical care recommendation. *Medical care*. 13(1): 10-15
9. Rosenstock. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health education Monographs* winter. 2(4): 354-386

เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับ
ความดันโลหิตได้กับผู้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Health-promoting behaviours of patients with Hypertension who
can control and uncontrol their blood pressure,
Ron Phibun District, Nakhon Si Thammarat Province.

อัญชิษฐา ไชยวิเชียร

Aunchistha Chaiwicchan

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งหล่อ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Thunglor subdistrict health promoting hospital, Nakhon Si Thammarat, Province

(Received: November 30, 2023; Accepted: December 24, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างผู้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอรัตนพิบูลย์ จำนวน 3,854 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 394 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.831 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M=2.46$, $S.D.=0.26$) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับพอใช้ สำหรับด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับต้องปรับปรุง กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M= 2.15$, $S.D.=0.21$) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับพอใช้ สำหรับด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า ในภาพรวม และรายด้านมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมไม่ได้ทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ฉะนั้น ควรมีโครงการที่ให้ผู้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยอาจจะให้มีการจับคู่เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องซึ่งกันและกัน

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, โรคความดันโลหิต, ควบคุมระดับความดันโลหิตได้, ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to compare health-promoting behaviours of patients with Hypertension between those who can control their blood pressure levels and those who cannot control their blood pressure levels. The study population was 3,854 hypertension patients who live in Ron Phibun District, Nakhon Si Thammarat Province. The 394 patients were recruited by using a systematic random sampling method. Data was collected between 1st June and 31st August 2023. The research tool used a questionnaire examined by three experts, and checked reliability showed Cronbach's alpha coefficient was 0.831. Data were analysed using descriptive statistics and independent t-tests.

The results of the study found that the health behaviors of patients with blood pressure can control their blood pressure levels overall. It was at a fair level ($M=2.46$, $S.D.=0.26$). When separated into each area, it was found that responsibility for health physical activity, nutrition, and relationships with other people and spiritual development at a fair level For stress management It is at a level that needs to be improved. The group of patients with blood pressure who were unable to control their blood pressure levels was found to be at a fair level overall ($M= 2.15$, $S.D.=0.21$). When separated into each aspect, it was found that the aspect of responsibility for health physical activity, nutrition, and spiritual development At a fair level For the aspect of having relationships with other people And the aspect of stress management is at a level that needs to be improved. When comparing health promotion behaviors, it was found that overall and in each aspect there were differences. The group that could control their blood pressure had higher averages than the control group in every aspect. Statistically significant at 0.01. Therefore, there should be a project that allows people who can control their blood pressure levels to exchange knowledge with groups who cannot control their blood pressure levels. There may be pairings to encourage each other to have correct behavior.

Keywords: Health promotion behaviors, blood pressure disease, blood pressure control, uncontrollable blood pressure

บทนำ

โรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้หรือโรควิถีชีวิต 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจหลอดเลือดสมอง และมะเร็ง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยสถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทยที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตที่อายุ 30 - 70 ปี จากโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ลดลงจากร้อยละ 15.3 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 15.1 และร้อยละ 14.1 ในปี พ.ศ. 2553, พ.ศ. 2557 ตามลำดับ หากพิจารณาเป็นอัตราตายตามอายุ พบว่า อัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อไทยเพิ่มขึ้นจาก 343.06 ต่อแสนคน ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 355.30 ต่อแสนคนในปี พ.ศ. 2556 2) ความชุกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 24.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับ ปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 1.8 ล้านคน โดยเพศชายมีความชุกและอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศหญิงภายหลังจากปี พ.ศ. 2558 และ 3) ความชุกของโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.2 แสนคน โดยเพศหญิงมีความชุกและอุบัติการณ์ สูงมากกว่าเพศชายภายหลังจากปี พ.ศ. 2558 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

สำหรับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 30 - 79 ปี เกือบ 1.3 พันล้านคน สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน และกว่า 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) โรคนี้เป็นโรคไม่ติดต่อที่มีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษา

ให้หายขาด การดำเนินการของโรคค่อยเป็นค่อยไป ใช้ระยะเวลานาน และจะไม่แสดงอาการในช่วงแรก ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคแล้ว เมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดถูกทำลาย และแข็งตัว ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวาย ประสาทตาเสื่อมเกิดตาบอดได้ หรืออาจเสียชีวิตในที่สุด (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ได้ ซึ่งแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ของกระบวนการทางกาย จิต สังคม ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) เพนเดอร์ได้จำแนกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับความเอาใจใส่ดูแลและรับผิดชอบต่อตนเอง การหาความรู้ด้านสุขภาพ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อจำเป็น 2) ด้านการทำกิจกรรมและการความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาออกกำลังกาย คือ แบบแผนความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน 3) ด้านโภชนาการ เป็นการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ 4) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นการกระทำของบุคคลที่สะท้อนถึงความตระหนักและการให้ความสำคัญของชีวิต เกี่ยวข้องกับความ สำเร็จในชีวิตของตนเองและการมีจุดหมายในชีวิต 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ การมี

ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด คือ แบบแผนการนอนหลับ และการจัดการความเครียดกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคล กระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดในการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม (Pender, 2002)

จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (รวมมีโรคอื่นร่วม) จำนวน 327,847 คน (ร้อยละ 26.12) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม จำนวน 180,337 คน (ร้อยละ 55.01) และพบว่าเป็นผู้ที่เป้นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 81,296 คน (ร้อยละ 45.08) ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 99,041 คน (ร้อยละ 54.92) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2565) สำหรับอำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (รวมมีโรคอื่นร่วม) จำนวน 8,948 คน (ร้อยละ 14.38) มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว จำนวน 3,854 คน (ร้อยละ 43.07) และยังมีผู้ที่เป้นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 2,155 คน (ร้อยละ 55.92) ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 1,699 คน (ร้อยละ 44.08) (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์, 2565) ซึ่งแนวโน้มที่ใกล้เคียงกับสถิติของจังหวัดนครศรีธรรมราช หากผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง หลอดเลือดสมองตีบ ไตวายเรื้อรังและประสาทตาเสื่อม ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น ฉะนั้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องยึดถือปฏิบัติตนให้ตนเองมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดัน

โลหิตสูง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและผ่อนคลายทางด้านจิตใจ และทำกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน สังคม ตลอดจนปฏิบัติตนในการรับประทานยาให้ถูกต้อง และตรงตามเวลา เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่จะตามมา ซึ่งหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมที่ถูกต้องจะทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปสู่การค้นหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านชัดเจนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

สมมุติฐานการวิจัย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้แตกต่างกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่ง Pender ได้กล่าว

ไว้ว่า การที่บุคคลมีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อช่วยเพิ่มความผาสุกและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดี เพื่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยแพทย์ได้จำแนกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านการทำกิจกรรม 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านมาเปรียบเทียบในผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 3,854 คน

กลุ่มตัวอย่าง ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในกรณีที่ทราบขนาดประชากรและสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรของ Daniel (1995) ได้จำนวน 349 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จำนวน 35 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 384 คน และเพื่อให้ได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่เท่า ๆ กัน ผู้วิจัยจึงแบ่งออกเป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มละ 192 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการนำรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแยกเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเรียงลำดับตามบ้านเลขที่ และแยกรายหมู่บ้าน จากนั้นไปมากของแต่ละสถานบริการ เมื่อได้ช่วงระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยหยิบฉลากบ้านเลขที่ที่อยู่ลำดับ 1 - 10 ของหมู่บ้านแรก แยกออกเป็นผู้ที่คุมระดับความดันโลหิตได้และไม่ได้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างแรกเป็นจุดเริ่มต้นและนับวนไปตามระยะห่างที่คำนวณได้จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 192 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบนี้ทั้งสองกลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) ไม่มีโรคร่วมจากโรคความดันโลหิตสูง (จากการวินิจฉัยของแพทย์) 3) มารับการรักษาต่อเนื่อง 3 เดือนติดต่อกัน ในปี พ.ศ. 2565 4) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ต้องมีระดับความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท ติดต่อกัน 3 เดือน 5) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ต้องมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มม.ปรอท ติดต่อกัน 3 เดือน 6) มีระดับความรู้สึกรู้ตัวและการรับรู้ปกติ 7) สามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้ และ 8) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามจากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิต

ได้กับผู้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) อาชีพเสริม 7) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 7) แหล่งของรายได้ 8) แหล่งของรายได้ 9) ความเพียงพอของรายได้ 10) การได้รับข้อมูลข่าวสาร 11) การสูบบุหรี่ 12) ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ 13) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์จากแนวคิดของ Pender (1996) จำนวน 6 ด้าน จำนวน 58 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย จำนวน 9 ข้อ 3) ด้านโภชนาการ จำนวน 9 ข้อ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 10 ข้อ 5) ด้านการเจริญจิตวิญญาณ จำนวน 10 ข้อ 6) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 9 ข้อ โดยลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านปฏิบัติเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านปฏิบัติบ่อย ๆ เว้นบ้างเป็นบางวัน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือน้อยมาก

ปฏิบัติน้อยหรือไม่ปฏิบัติ หมายถึง พฤติกรรมนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลยหรือแทบจะไม่ปฏิบัติเลย

การให้คะแนนข้อคำถาม ดังนี้

คำตอบ	ด้านบวก	ด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติน้อยหรือไม่ปฏิบัติ	1 คะแนน	4 คะแนน

การแปลผล คะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ รายด้าน และภาพรวม มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) มาจัดเป็นระดับพฤติกรรมจะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

ระดับต้องปรับปรุงค่า คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.00

ระดับพอใช้ ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.01 – 3.00

ระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01 – 4.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ท่าน และมีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน รวมทั้งหมด 3 ท่าน การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.831

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 31 สิงหาคม 2566 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผู้ช่วยนักวิจัย) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายแบบสอบถามในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามครบทุกข้อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผู้ช่วยนักวิจัย) ดำเนินตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และส่งกลับมายังผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำส่งให้กับผู้วิจัยเพื่อนำไปลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยใช้สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ไม่ได้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เอกสารรับรอง เลขที่ Exc-03/2566 รับรองตั้งแต่วันที่ 13 มีนาคม 2566 – 12 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.58) เกือบร้อยละ 70 มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 69.47) อายุเฉลี่ย 64.86 ปี (S.D.= 9.96) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 83.16) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 59.48) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 80.52) ส่วนใหญ่มีกิจกรรมเสริม คือ ใช้งาน เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน ตัดยาง รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 73.68) เกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 45.27) รายได้เฉลี่ย 10,914.74 บาท (S.D.= 9,108.86) มีรายได้จากการได้รับเบี้ยยังชีพมากที่สุด (ร้อยละ 39.86) รายได้เพียงพอที่ใช้จ่ายรายเดือน (ร้อยละ 80.53) มากกว่าร้อยละ 90 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง (ร้อยละ 92.63) โดยได้รับจากโทรทัศน์มากที่สุด (ร้อยละ 44.95) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 36.81) กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรามากที่สุด (ร้อยละ 67.89 และ 65.26) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 43.68) เป็นมาเฉลี่ย 8.48 ปี (S.D.= 4.56)

สำหรับกลุ่มควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.50) 3 ใน 4 มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 75.00) อายุเฉลี่ย 66.76 ปี

(S.D.= 10.26) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 85.42) มากกว่าครึ่งมีการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 56.26) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 89.07) ส่วนใหญ่มีกิจกรรมเสริม คือ ใช้แรง เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวนตัดยาง รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 69.76) ครึ่งหนึ่งมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 51.04) รายได้เฉลี่ย 11,104.69 บาท (S.D.= 6,712.97) มีรายได้จากทรัพย์สินเดิมมากที่สุด (ร้อยละ 43.58) รายได้เพียงพอที่ใช้จ่ายรายเดือน (ร้อยละ 89.58) เกือบร้อยละ 100.00 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง (ร้อยละ 98.96) โดยได้รับจากโทรทัศน์มากที่สุด (ร้อยละ 43.31) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 39.81) กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรามากที่สุด (ร้อยละ 65.10 และ 63.54) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 48.96) เป็นมาเฉลี่ย 7.96 ปี (S.D.= 4.45)

2. ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้ (M = 2.46, S.D.= 0.26) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ (M = 2.56, S.D.= 0.64) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้เล่าอาการของตนเองเมื่อไปรักษาโรคความดันโลหิตสูงกับแพทย์อย่างละเอียด (M = 3.68, S.D.= 0.61) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ได้ขอเฝ้าจากผู้ป่วยคนอื่น เมื่อหายหมดก่อนวันที่แพทย์นัด (M = 1.12, S.D.= 0.37)

ด้านการทำกิจกรรมร่างกาย อยู่ในระดับพอใช้ (M = 2.58, S.D.= 0.61) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้ทำงานหรือกิจกรรมแต่ละวันที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่นั่งอยู่กับที่นานๆ (M = 3.38, S.D.= 0.76) ข้อที่มี

ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิก หรือ เล่นกีฬากลางแจ้ง (M = 1.75, S.D.= 0.98)

ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับพอใช้ (M = 2.82, S.D.= 0.36) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ (M = 3.67, S.D.= 0.67) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ได้เติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว เพิ่มลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว (M = 1.83, S.D.= 0.94)

ด้านการมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อยู่ในระดับพอใช้ (M = 2.30, S.D.= 0.40) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้กำลังใจจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (M = 3.44, S.D.= 0.73) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากพบปะผู้คน (M = 1.14, S.D.= 0.55)

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับพอใช้ (M = 2.56, S.D.= 0.32) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้กำหนดเป้าหมายไว้ว่า จะควบคุมความดันโลหิตให้ได้ (M = 3.67, S.D.= 0.63) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า (M = 1.04, S.D.= 0.27)

ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับต้องปรับปรุง (M = 2.00, S.D.= 0.32) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้ทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อผ่อนคลายความเครียด (M = 3.57, S.D.= 0.70) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ได้สูบบุหรี่เพื่อผ่อนคลายความเครียด (M = 1.11, S.D.= 0.44)

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้ (M = 2.15, S.D.= 0.21) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ (M = 2.16, S.D.= 0.33) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้ตรวจและวัดความดันโลหิตเมื่อมีโอกาสที่จะวัดความดันโลหิต (M = 3.13, S.D.= 0.80) ข้อที่มีค่าเฉลี่ย

ต่ำสุด คือ ได้หยุดรับประทานยา เมื่อไม่มีอาการปวดศีรษะหรือไม่มีอาการของโรคความดันโลหิตสูง ($M = 1.12, S.D. = 0.42$)

ด้านการทำกิจกรรมร่างกาย อยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.05, S.D. = 0.48$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้ทำงานหรือกิจกรรมแต่ละวันที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่นั่งอยู่กับที่นาน ๆ ($M = 2.69, S.D. = 0.82$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิก หรือ เล่นกีฬากลางแจ้ง ($M = 1.19, S.D. = 0.50$)

ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.67, S.D. = 0.26$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้ใช้กะปิ น้ำปลา เต้าเจี้ยว ซุปก้อน หรือซุปผงในการปรุงอาหาร ($M = 3.86, S.D. = 0.42$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ได้ดื่มน้ำมากกว่าวันละ 8 แก้ว ($M = 1.32, S.D. = 0.70$)

ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ($M = 1.94, S.D. = 0.32$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้กำลังใจจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($M = 3.16, S.D. = 0.84$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ย

ต่ำสุด คือ รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากพบปะผู้คน ($M = 1.07, S.D. = 0.29$)

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.24, S.D. = 0.29$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้ช่วยเหลือเพื่อนบ้านเมื่อเพื่อนบ้านมีงานตามประเพณี ($M = 3.28, S.D. = 0.66$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ($M = 1.02, S.D. = 0.12$)

ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ($M = 1.83, S.D. = 0.24$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้พักผ่อนโดยการนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ($M = 2.59, S.D. = 0.75$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อผ่อนคลายความเครียด ($M = 1.12, S.D. = 0.34$)

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ไม่ได้ โดยใช้สถิติ Independent sample t-test จำนวน 6 ด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ไม่ได้ โดยใช้สถิติ Independent sample t-test

พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ	ควบคุมได้		ควบคุมไม่ได้		Mean Difference	t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.48	0.33	2.16	0.33	0.35	9.45	< 0.001
ด้านการทำกิจกรรมร่างกาย	2.58	0.60	2.05	0.48	0.53	9.46	< 0.001
ด้านโภชนาการ	2.82	0.36	2.68	0.26	0.14	4.35	< 0.001
ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	2.30	0.40	1.94	0.32	0.36	9.75	< 0.001
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	2.56	0.32	0.25	0.30	0.32	10.17	< 0.001
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.01	0.32	1.83	0.24	0.18	6.08	< 0.001
ภาพรวม	2.46	0.26	2.15	0.21	0.31	12.80	< 0.001

จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตทุกด้านมีความแตกต่างกับผู้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าทุกด้าน

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัยเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และผู้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยแนวคิดของ Pender (1996) เชื่อว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันนำไปสู่ความเป็นปกติสุข ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสามารถกระทำได้ในชีวิตประจำวัน จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.56, S.D. = 0.64$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดทั้งสองกลุ่ม คือ การหยุดรับประทานยา เมื่อไม่มีอาการปวดศีรษะ หรือไม่มีอาการของโรคความดันโลหิตสูง ($M = 1.32, S.D. = 0.83; 1.12, 0.42$) ซึ่งอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ด้านการทำกิจกรรมร่างกาย อยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.58, S.D. = 0.61$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดทั้งสองกลุ่ม คือ ได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิก หรือเล่นกีฬา

กลางแจ้ง ($M = 1.75, S.D. = 0.98; 1.19, 0.50$) อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.82, S.D. = 0.36$) โดยกลุ่มควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ได้แก่ ได้เติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว เพิ่มลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ($M = 1.83, S.D. = 0.94$) อยู่ในระดับต้องปรับปรุง กลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ได้เติมน้ำมากกว่าวันละ 8 แก้ว ($M = 1.32, S.D. = 0.70$) อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น อยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.30, S.D. = 0.40$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ การรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากพบปะผู้คน ($M = 1.14, S.D. = 0.55; 1.07, 0.29$) อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.56, S.D. = 0.32$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ($M = 1.04, S.D. = 0.27; 1.02, 0.12$) อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ทั้งนี้ อาจจะเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 69.47 และ 75.00) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.58 และ 62.50) มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 5.26 และ 7.28) และไม่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (ร้อยละ 7.37 และ 1.04) ลักษณะส่วนบุคคลเช่นนี้ อาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะในการดูแลตนเองอาจจะลดน้อยลง จึงทำให้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับพอใช้และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ($M = 2.00, S.D. = 0.32$) กลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ได้สูบบุหรี่เพื่อผ่อนคลายความเครียด ($M = 1.11, S.D. = 0.44$) ส่วนกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อผ่อนคลาย

ความเครียด ($M = 1.12$, $S.D.=0.34$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เป็นในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผลในการเพิ่มของชีพจรระดับความดันโลหิตการบีบตัวของหัวใจและทำให้มีการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ด้วยเหตุผลนี้จึงส่งผลให้ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับต้องปรับปรุง สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาภรณ์ ทองญวน (2558) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของภัสราวลัย ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ใจลังกา (2556) ที่พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับณัฐพร อยู่ปาน, พัชรี ดวงจันทร์ และพนิดา แจ่มผล (2558) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับมาก

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในภาพรวมและรายด้าน ทุกด้านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ทุกด้าน อภิปรายได้ว่า ผู้ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะมีพฤติกรรมที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรค มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมดังกล่าวสามารถกระทำได้ในชีวิตประจำวัน พฤติกรรม

ด้านต่าง ๆ 6 ด้าน คือ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย การพัฒนาจิตวิญญาณหรือสติปัญญา ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และการมีโภชนาการที่ดี พฤติกรรมเหล่านี้ หากปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ จะสามารถทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น เกิดสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อันนำไปสู่ความเป็นปกติสุขของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ทัดศรี และยุภาพร นาคกลิ้ง (2561) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่ได้มีความแตกต่างกันทุกด้าน ฉะนั้น ควรมีโครงการที่ให้ผู้ที่ไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยอาจจะให้มีการจับคู่เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อได้ทราบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่แท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนงานป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2565 - 2569. นนทบุรี.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานผลการทบทวน: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระดับโลก. กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.
- จุฬารัตน์ ทองญวน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการ เขต 11, 29(2), 195-202.
- ณัฐพร อยู่ปาน, พัชรี ดวงจันทร์ และพนิดา แจ่มผล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 10(1), 10-18.
- ปราณี ทัดศรี และยุภาพร นาคกลิ้ง. (2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง : เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ไม่ได้. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 29(2), 157-169.
- ภัสราวัลย์ สิตินาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ใจลังกา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 9(2), 120-136.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2565). รายงานประจำปี 2565. นครศรีธรรมราช.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์. (2565). รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนพิบูลย์ 2565. นครศรีธรรมราช.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Daniel, T. & Laurel, T. (1995). *Curriculum Development Theory into Practice*. Prentice-Hall, Inc.
- Pender, N. J. (1966). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. New Jersey: Pearson Education.

การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลคำมวง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for premature mothers Khammuang Hospital: 2 case studies.

พัชริยาภรณ์ ศิลวิชัย

Pattiyaporn Silwichai

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Kham Muang Hospital, Kalasin Province

(Received: November 30, 2023; Accepted: December 24, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ของกอร์ดอน ในการเก็บข้อมูลกรณีศึกษา และนำวางแผนการพยาบาลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

ผลการศึกษา: รายที่ 1 หญิงไทย อายุ 33 ปี $G_5P_3A_1L_2$ Last 5 ปี อายุครรภ์ 33^{+2} สัปดาห์ (By U/S) ฝากครรภ์ 5 ครั้ง เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง 15 นาที (6.00 น.) แรกได้รับ PV. Cx. Fully Dilate สูติแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พิจารณาให้คลอดก่อนจึงนำส่งทารก คลอดปกติ ทารกน้ำหนัก 1,970 กรัม APGAR score 9 – 10 – 10 ทารก Active ดี นำส่งตึกทารกป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รับการรักษาเป็นเวลา 9 วัน อาการเป็นปกติจึงจำหน่ายกลับบ้าน มารดาหลังคลอดการพยาบาลมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง อาการทั่วไปปกติ นำส่งต่อไปโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พร้อมทารก รายที่ 2 หญิงไทย อายุ 40 ปี $G_4P_3A_0L_3$ Last 6 ปี อายุครรภ์ 36^{+2} สัปดาห์ (By U/S) ฝากครรภ์ 6 ครั้ง มีน้ำใส ไหลออกจากช่องคลอดร่วมกับมีท้องป่น ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มีไข้ BT 38 C PV.Cx. Dilate 5 cms, Membrane Rupture clear EFM พบ FHS 170-180/min ทำ Internal Uterine Resuscitation สงสัย Maternal sepsis พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ คลอดปกติ ทารกมีภาวะ Congenital pneumonia รับการรักษา เป็นเวลา 9 วัน อาการเป็นปกติจึงจำหน่ายกลับบ้าน มารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง อาการทั่วไปปกติ นำส่งต่อไปโรงพยาบาลสมเด็จพระพร้อมทารก

คำสำคัญ: การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด

Abstract

The objective of this study was to compare nursing care for premature mothers. Two case studies were selected specifically to be mothers in preterm labor who received services at Khammuang Hospital. Kalasin Province Gordon's 11 health patterns theoretical framework was used to collect case study data. and lead nursing care plans according to Orem's nursing system theoretical framework.

Study results: Case 1, Thai woman, age 33 years, G₅P₃A₁L₂ Last 5 years, gestational age 33+2 weeks (By U/S), antenatal care 5 times, labor pain before coming to the hospital 3 hours 15 minutes (6.00 a.m.) first received PV. Cx. Fully Dilate, obstetrician, Kalasin Hospital. Consider giving birth first before delivering the baby—normal birth. The baby weighs 1,970 grams. APGAR score 9 – 10 – 10. The baby is active and good. The baby is delivered to the sick infant building. Kalasin Hospital Received treatment for 9 days, symptoms normalized, then discharged home. Postpartum mothers, postpartum nursing for 2 hours, general symptoms normal. Transported to Kalasin Hospital with the infant. Case 2: Thai woman, age 40 years. G₄P₃A₀L₃ Last 6 years, gestational age 36+2 weeks (By U/S), prenatal care 6 times, clear water flowing from the vagina along with a lumpy stomach. 1 hour before coming to the hospital, they had a fever BT 38 C PV.Cx. Dilate 5 cms, Membrane Rupture clear EFM found FHS 170-180/min, performed Internal Uterine Resuscitation, suspected Maternal sepsis, considered antibiotics, normal delivery, baby had Congenital pneumonia, received treatment. Treated for 9 days, symptoms returned to normal and then discharged home. Mother 2 hours after giving birth, general symptoms are normal. They were transported to Somdej Hospital with the baby.

Keywords: Nursing care for premature mothers

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขอันดับ ต้น ๆ ของงานอนามัยแม่และเด็ก อุบัติการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเฉลี่ย 180 ประเทศ ทั่วโลกพบได้ร้อยละ 10-12 ของการตั้งครรภ์ (อุ๋นใจ กอนันตกุล, 2562) มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (พัญญ พันธ์บุรณะ, 2555) ตามสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยปีละ 15 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5-18 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด สาเหตุหลักของการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 50-80 คือการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ และธีระ ทองสง, 2555) ในประเทศไทยพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 8-12 ของการคลอดทั้งหมด (สายฝน ขวาลไพบูลย์, สุจินต์ กนกพงษ์ศักดิ์, 2554) การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด และครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจได้รับผลข้างเคียงจากยาขยายการหดตัวของมดลูก ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก กระวนกระวายหายใจไม่สุด และอาจรุนแรงมากจนเกิดภาวะน้ำคั่งในปอด (วรพงศ์ ภู่งศ์, 2555) ผลกระทบต่อทารก ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจลำบาก ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง โรคปอดเรื้อรัง และภาวะลำไส้เน่า (เยื่อน ต้นนิรันดร์, 2555) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นสาเหตุให้ทารกเสียชีวิตถึงร้อยละ 75 (วรพงศ์ ภู่งศ์, 2555) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว เช่น สมรรถภาพหรือ

ความสามารถในการมองเห็นที่ผิดปกติจากการได้รับออกซิเจนเป็นเวลานาน นอกจากปัญหาด้านร่างกาย แล้วปัญหาดังกล่าวยังส่งผลด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่าหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาค่าใช้จ่ายประมาณ 3,500 บาทต่อรายต่อครั้ง ในจำนวนนี้ยังไม่รวมการสูญเสียรายได้ที่ต้องหยุดงาน หรือค่าใช้จ่ายของญาติที่ต้องมาเฝ้าดูแล และในแต่ละปีรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 170,000 บาทต่อราย (สายฝน ขวาลไพบูลย์, 2552) นอกจากนี้ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ยังสะท้อนถึงคุณภาพของการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์

ห้องคลอด โรงพยาบาลคำมวง ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอคำมวง อำเภอสามชัย ทั้งส่งต่อจากโรงพยาบาลและผู้รับบริการมาเอง สำหรับผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษา เช่น กรณีเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและตัวอ่อนเด็กไม่เพียงพอจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลมากกว่าจากรายงานย้อนหลัง 3 ปีของโรงพยาบาลคำมวง พบอุบัติการณ์มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด ปี 2563 จำนวน 0 ราย, ปี 2564 จำนวน 25 ราย และปี 2565 จำนวน 19 ราย (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลคำมวง, 2566) ซึ่งพบว่าผู้เจ็บครรภ์คลอดมีจำนวนมากขึ้นกว่าเดิมเนื่องจากผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนด มีผลต่อทั้งมารดา ทารก ครอบครัว นอกจากนี้ยังสะท้อนคุณภาพการให้บริการมารดาและทารก ของโรงพยาบาลคำมวง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของปัญหาการคลอดก่อนกำหนด จึงได้ทำการศึกษา มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้คลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะแทรกซ้อน ค้นหาปัญหาโอกาสในการพัฒนา สร้างกระบวนการพยาบาลให้

เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในงานบริการพยาบาล ห้องคลอด โรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมุ่งหมายให้บริการทำคลอด ดูแลมารดา-ทารก ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยคำนึงถึงความถูกต้องและปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ที่มารับบริการโรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษามารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้ในการเก็บข้อมูลกรณีศึกษา ตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน มีความครอบคลุมทุกมิติของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติ และขณะเจ็บป่วย นำข้อมูลที่ได้มาประเมินภาวะสุขภาพ ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย นำปัญหาที่ได้มาวางแผนการพยาบาลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ

รายงานผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 33 ปี ส่วนสูง 159 cm น้ำหนัก 82 กิโลกรัม G₅P₃A₁L₂ Last 5 ปี อายุครรภ์ 33⁺2 สัปดาห์ (By U/S) ฝากครรภ์ 5 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 12⁺6 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลคำม่วน อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง 15 นาที (6.00 น.) ไม่มีมูกเลือดปน ไม่มีน้ำเดิน แรกแรกที่ห้อง

คลอด เวลา 9.15 น. สัญญาณชีพปกติ BT 36.2 C, PR 84/min, RR 20/min, BP 130/80 mmHg ตรวจประเมินหน้าท้อง 3/4+ สะดือ LOA position, Estimate Fetal weight By U/S 1,800 gms, FHS 148 /min มดลูกหดรัดตัว Interval 4 min Duration 30 sec ตรวจประเมินปากมดลูก Cx. Dilate 10 cms, Effacement 100 %, Station 0, Membrane Intact แพทย์พิจารณาให้ยา 5% DW 500 cc + Bricanyl 5 amp vein drip 30 ud/min, Dexa 6 mg im stat รายงานปรึกษาสูติแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ให้พิจารณาคลอดก่อนจึงนำส่งทารก off Bricanyl ดูแลให้มารดานอนรอคลอด ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ร่วมกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่มารดาและทารก น้ำคร่ำแตกเวลา 10.15 น. คลอดปกติ เวลา 10.15 น. (เพศหญิง น้ำหนัก 1,970 กรัม APGAR score 9 – 10 – 10 คะแนน Oxygen Saturation 90 % ทารก Active ดี ตัวแดงดี ร้องเสียงดัง ปลายมือ ปลายเท้าเขียวเล็กน้อย หายใจสม่ำเสมอดี ไม่มีหอบเหนื่อย ดูแลนำส่งตึกทารกป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รับการรักษาเป็นเวลา 9 วัน อาการเป็นปกติจึงจำหน่ายกลับบ้าน) มารดาหลังคลอด ไม่มีแผลฝีเย็บ Estimate Blood loss 50 cc ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Syntocinon 10 unit IM , 5% D/N/2 + syntocinon 20 unit vein drip 80 cc/hr. ให้การพยาบาลมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง อาการทั่วไปปกติ นำส่งต่อไปโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อดูแลทารกแรกเกิด

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 40 ปี ส่วนสูง 160 cm น้ำหนัก 84 กิโลกรัม G₄P₃A₀L₃ Last 6 ปี อายุครรภ์ 36⁺2 สัปดาห์ (By U/S) ฝากครรภ์ 6 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 12⁺2 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลคำม่วน อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ มีน้ำใส ไหลออกจากช่องคลอดร่วมกับมีท้องป็น ก่อนมา

โรงพยาบาล 1 ชั่วโมง แรกที่ห้องคลอด เวลา 8.00 น. สัญญาณชีพปกติ BT 38 C, PR 100/min, RR 20/min, BP 138/88 mmHg. ตรวจประเมินหน้าท้อง $\frac{3}{4}$ > สะดือ LOA position, Estimate Fetal weight By U/S 2,700 gms, มดลูกหดตัว Interval 4 min Duration 30 sec ตรวจประเมินปากมดลูก Cx. Dilate 5 cms, Effacement 100 %, Station 0, Membrane Rupture clear ตรวจประเมินสภาพทารกในครรภ์ EFM พบ FHS 170-180/min ทำ Internal Uterine Resuscitation On Oxygen mask with bag 10 LPM, on 0.9%NSS vein load 500 cc then 100 cc/hr แพทย์สงสัย Maternal sepsis พิจารณาให้ยา Cef-3 2 gm vein drip, ดูแลให้มารดานอนรอคลอด ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ร่วมกับการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่มารดาและทารก

09.55 น. มารดาปวดเบ่ง ปากมดลูกเปิดหมด คลอดปกติเวลา 10.07 น. (เพศหญิง น้ำหนัก 2,750 กรัม APGAR score 9 – 10 – 10 คะแนน Oxygen Saturation 99 % แรกคลอด ทารก Active ดี ตัวแดงดี ร้องเสียงดัง ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย หายใจสม่ำเสมอ หลังคลอด 2 ชั่วโมง ทารกหายใจหอบเหนื่อย หน้าอกบวม Oxygen Saturation 92 % ประสานงานนำส่งโรงพยาบาลสมเด็จ มีภาวะ Congenital pneumonia รับการรักษา เป็นเวลา 9 วัน อาการเป็นปกติจึงจำหน่ายกลับบ้าน) มารดาหลังคลอด Estimate Blood loss 200 cc ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Syntocinon 10 unit IM, 5% D/N/2 + syntocinon 20 unit vein drip 80 cc/hr ให้การพยาบาลมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง อาการทั่วไปปกติ นำส่งต่อไปโรงพยาบาลสมเด็จพร้อมทารก

ผลการศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนคลอด 1.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมดลูกหดตัวสม่ำเสมอ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - G₅P₃A₁L₂ Last 5 ปี อายุครรภ์ 33⁺² สัปดาห์ (By U/S) - มดลูกหดตัว Interval 4 min Duration 30 sec - Cx. Dilate 10 cms, Effacement 100 %, Station 0, Membrane Intact <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> - มารดาและทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด <u>กิจกรรมพยาบาล</u> 1. ประเมินสภาพแรกเริ่ม ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินความถูกต้องของอายุครรภ์ และประเมินสภาพทารกในครรภ์	ระยะก่อนคลอด 1.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมดลูกหดตัวสม่ำเสมอ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - G₄P₃A₀L₃ Last 6 ปี อายุครรภ์ 36⁺² สัปดาห์ (By U/S) - มดลูกหดตัว Interval 4 min Duration 30 sec - Cx. Dilate 5 cms, Effacement 100 %, Station 0, Membrane Rupture clear <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> - มารดาและทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด <u>กิจกรรมพยาบาล</u> 1. ประเมินสภาพแรกเริ่ม ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินความถูกต้องของอายุครรภ์ และประเมินสภาพทารกในครรภ์

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2. ประเมินการหดตัวของมดลูก ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15 นาที 3. ตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด 4. จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือช่วยคลอดฉุกเฉิน เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และทีมช่วยเหลือในการรับทารกคลอดก่อนกำหนด 5. รายงานแพทย์รับทราบ ให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ พิจารณาให้ยา 5% DW 500 cc + Bricanyl 5 amp vein drip 30 ud/min, Dexamethasone 6 mg IM stat 6. ดูแลนอนพักผ่อนบนเตียงเพื่อรอคลอด งดน้ำงดอาหาร 7. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงใกล้ชิดขณะรอคลอด <u>ประเมินผล</u> สูติแพทย์พิจารณาให้คลอด Off Bricanyl เพื่อ Go on Labor	2. ประเมินการหดตัวของมดลูก ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15 นาที 3. ตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด 4. จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือช่วยคลอดฉุกเฉิน เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และทีมช่วยเหลือในการรับทารกคลอดก่อนกำหนด 5. รายงานแพทย์รับทราบ ให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ พิจารณาให้ยา on 0.9%NSS vein load 500 cc then 100 cc/hr 5. ดูแลนอนพักผ่อนบนเตียงเพื่อรอคลอด งดน้ำงดอาหาร 6. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงใกล้ชิดขณะรอคลอด <u>ประเมินผล</u> แพทย์พิจารณาให้รอคลอด
2. ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ผู้คลอดแสดงสีหน้าไม่สุขสบาย เมื่อมีการหดตัวของมดลูก - มดลูกหดตัว Interval 4 min Duration 30 sec <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> ผู้คลอดสามารถเผชิญความปวดได้อย่างเหมาะสม <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. แนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด 2. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจกระบวนการเจ็บครรภ์คลอด 3. ประเมินสภาพและบันทึกความถี่ และความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก 4. ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Numeric scale เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม 5. แนะนำเทคนิคการหายใจ เพื่อการบรรเทาอาการเจ็บปวด ได้แก่ การควบคุมการหายใจโดยการหายใจเข้าจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ เมื่อมดลูกมีการหดตัว 6. แนะนำเทคนิคผ่อนคลาย โดยการลูบหน้าท้อง วนเป็นวงกลมด้วยฝ่ามือในจังหวะที่สม่ำเสมอเมื่อมดลูกมีการหดตัว 7. พุดคุยให้กำลังใจ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่าง	2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อเนื่องจากมีถุงน้ำคร่ำแตก <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - Cx. Dilate 5 cms, Effacement 100 %, Station 0, Membrane Rupture clear - ผู้คลอดมีไข้ BT 38 C, PR 100/min <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> - ป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ดูแลให้นอนพักบนเตียง จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด 2. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 3. หลีกเลี่ยงการตรวจทางช่องคลอดโดยไม่จำเป็น และประเมินสีกลิ่น ของน้ำคร่ำ 4. ดูแลความสะอาด Hygiene care 5. ดูแลรับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์ Cef-3 2 gm vein drip 6. สังเกตและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ <u>ประเมินผล</u> ผู้คลอดไม่มีไข้ หลังคลอดมารดาทารกส่งต่อไป รักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ใกล้ชิด <u>ประเมินผล</u> ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม	
3.ผู้คลอดวิตกกังวลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ผู้คลอดแสดงสีหน้าไม่สุขสบาย เมื่อมีการหดรัดตัวของมดลูก - มดลูกหดรัดตัว Interval 4 min Duration 30 sec <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> ผู้คลอดเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. แนะนำตนเอง ทิมสุขภาพให้ผู้คลอดรู้จักเพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ 2. อธิบายให้ผู้คลอดรับทราบผลการตรวจ แนวทางการดูแลและแผนการรักษา 3. อธิบายให้ผู้คลอดรับทราบถึงภาวะสุขภาพทารกในครรภ์และแผนการดูแลภายหลังทารกคลอด 4. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก <u>ประเมินผล</u> ผู้คลอดรับฟังคำแนะนำ สีหน้ายังมีความวิตกกังวล เนื่องจากอายุครรภ์น้อยมาก	3.ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ผู้คลอดแสดงสีหน้าไม่สุขสบาย บ่นเจ็บท้องคลอด - มดลูกหดรัดตัว Interval 4 min Duration 30 sec <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> ผู้คลอดสามารถเผชิญความปวดได้อย่างเหมาะสม <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. แนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด 2. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจกระบวนการเจ็บครรภ์คลอด 3.. ประเมินสภาพและบันทึกความถี่ และความรุนแรงของการหดรัดตัวของมดลูก 4. ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Numeric scale เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม 5. แนะนำเทคนิคการหายใจ เพื่อการบรรเทาอาการเจ็บปวดได้แก่ การควบคุมการหายใจโดยการหายใจเข้าจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ เมื่อมดลูกมีการหดรัดตัว 6. แนะนำเทคนิคผ่อนคลาย โดยการลูบหน้าท้อง วนเป็นวงกลมด้วยฝ่ามือในจังหวะที่สม่ำเสมอเมื่อมดลูกมีการหดรัดตัว 7. พุดคุยให้กำลังใจ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด <u>ประเมินผล</u> ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม
	4. ทารกในครรภ์มี ภาวะพร่องออกซิเจน <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - Cx. Dilate 5 cms, Effacement 100 %, Station 0, Membrane Rupture clear - ผู้คลอดมีไข้ BT 38 C, PR 100/min - มดลูกหดรัดตัว Interval 4 min Duration 30 sec - EFM พบ FHS 170-180/min <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> ทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน <u>กิจกรรมการพยาบาล</u>

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	1. ดูแลผู้คลอดนอนตะแคงด้านซ้าย 2. ดูแล O2 Mask with bag 10 LPM3 3. On EFM continuous จนกว่าทารกจะคลอด เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแนวทางการรักษาการ on 0.9%NSS vein load 500 cc then 100 cc/hr 5. เตรียมความพร้อมในห้องคลอด เพื่อเตรียมการช่วยเหลือทารกแรกเกิด <u>ประเมินผล</u> หลังทำ IUR ผล EFM FHS 150-160 /min Reactive
	5. ผู้คลอดวิตกกังวลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ผู้คลอดแสดงสีหน้าไม่สุขสบาย เมื่อมีการหดตัวของมดลูก - มดลูกหดตัว Interval 4 min Duration 30 sec <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> ผู้คลอดเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. แนะนำตนเอง ทักทายให้ผู้คลอดรู้จักเพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ 2. อธิบายให้ผู้คลอดรับทราบผลการตรวจ แนวทางการดูแลและแผนการรักษา 3. อธิบายให้ผู้คลอดรับทราบถึงภาวะสุขภาพทารกในครรภ์และแผนการดูแลภายหลังทารกคลอด 4. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก <u>ประเมินผล</u> ผู้คลอดรับฟังคำแนะนำ สีหน้ายังมีความวิตกกังวลเนื่องจากทารกมีภาวะขาดออกซิเจนร่วมด้วย
ระยะคลอด 1. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - แรกรับ Cx. Dilate 10 cms, Effacement 100 %, Station 0, Membrane Intact - ปวดเบ่ง ย้ายเข้าห้องคลอดเวลา 10.00 น. <u>เป้าหมายการพยาบาล</u>	ระยะคลอด 1. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - 09.55 น. มารดาปวดเบ่ง ปวดมดลูกเปิดหมด ย้ายเข้าห้องคลอด <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> ผู้คลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผู้คลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. เตรียมอุปกรณ์ทำคลอด ให้พร้อมใช้งาน 2. ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด ทำคลอดทารก และทำคลอดรกตามมาตรฐาน 3. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง คลึงมดลูกให้กลมแข็ง ดูแลรับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ได้แก่ Syntocinon 10 unit IM และ 5% D/N/2 + syntocinon 20 unit vein drip 80 cc/hr 4. ประเมินปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด เผื่อระวังอาการอย่างใกล้ชิด ชั่วโมงหลังคลอด 5. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง พร้อมประเมินการหดตัวของมดลูก 6. แนะนำมารดาคลึงมดลูกด้วยตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติของการเสียเลือดที่ผิดปกติ <u>ประเมินผล</u> คลอดปกติเวลา 10.15 น. มารดาหลังคลอด ไม่มีแผลฝีเย็บ Estimate Blood loss 50 cc. ให้ยามารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง อาการทั่วไปปกติ นำส่งต่อไปโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อดูแลทารกแรกเกิด	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. เตรียมอุปกรณ์ทำคลอด ให้พร้อมใช้งาน 2. ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด ทำคลอดทารก และทำคลอดรกตามมาตรฐาน 3. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง คลึงมดลูกให้กลมแข็ง ดูแลรับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ได้แก่ Syntocinon 10 unit IM และ 5% D/N/2 + syntocinon 20 unit vein drip 80 cc/hr 4. ประเมินแผลฝีเย็บ และเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ 5. ประเมินปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด เผื่อระวังอาการอย่างใกล้ชิด ชั่วโมงหลังคลอด 6. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง พร้อมประเมินการหดตัวของมดลูก 7. แนะนำมารดาคลึงมดลูกด้วยตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติของการเสียเลือดที่ผิดปกติ <u>ประเมินผล</u> คลอดปกติเวลา 10.07 น. มารดาหลังคลอด Estimate Blood loss 200 cc ให้การพยาบาลมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง อาการทั่วไปปกติ นำส่งต่อไปโรงพยาบาลสมเด็จพระพรหมทาร์ก
2. ทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - อายุครรภ์ 33⁺² สัปดาห์ (By U/S) <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> ทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. เตรียมอุปกรณ์ช่วยคลอด และอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อมใช้งาน 2. ดูแลทางเดินหายใจทารกแรกเกิดให้โล่ง โดยดูดเสมหะจากปาก จมูก ให้ทารกตั้งแต่คลอดศีรษะ และหลังคลอดลำตัวเพื่อป้องกันการสำลัก 3. ดูแลทารกแรกเกิดภายใต้เครื่องแผ่ความร้อน เพื่อให้ความอบอุ่น และป้องกันการสูญเสียความร้อนในร่างกาย	2. ทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - อายุครรภ์ 36⁺² สัปดาห์ (By U/S) <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> ทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. เตรียมอุปกรณ์ช่วยคลอด และอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อมใช้งาน 2. ดูแลทางเดินหายใจทารกแรกเกิดให้โล่ง โดยดูดเสมหะจากปาก จมูก ให้ทารกตั้งแต่คลอดศีรษะ และหลังคลอดลำตัวเพื่อป้องกันการสำลัก 3. ดูแลทารกแรกเกิดภายใต้เครื่องแผ่ความร้อน เพื่อให้ความอบอุ่น และป้องกันการสูญเสียความร้อนในร่างกาย 4. ตรวจประเมินสัญญาณชีพทารกแรกเกิด และสังเกตสัญญาณ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. ตรวจประเมินสัญญาณชีพทารกแรกเกิด และสังเกตสัญญาณเตือนของการขาดออกซิเจน (APGAR Score) 5. ดูแลวัดอุณหภูมิกายทางทวารหนักเพื่อประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและประเมินการมีรูทวารหนักของทารกด้วยหากพบว่ามีอุณหภูมิร่างกายต่ำต้องรีบให้ความอบอุ่นทารกทันที 6. ประเมินอาการทารกแรกเกิด ก่อนนำส่งต่อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ <u>ประเมินผล</u> ทารกคลอดเวลา 10.15 น. เพศหญิง น้ำหนัก 1,970 กรัม APGAR score 9 – 10 – 10 คะแนน Oxygen Saturation 90 % ทารก Active ดี ตัวแดงดี ร้องเสียงดัง ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหอบเหนื่อย ดูแลนำส่งตึกทารกป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รับการรักษาเป็นเวลา 9 วัน อาการเป็นปกติจึงจำหน่ายกลับบ้าน	เตือนของการขาดออกซิเจน (APGAR Score) 5. ดูแลวัดอุณหภูมิกายทางทวารหนักเพื่อประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและประเมินการมีรูทวารหนักของทารกด้วยหากพบว่ามีอุณหภูมิร่างกายต่ำต้องรีบให้ความอบอุ่นทารกทันที 6. ประเมินอาการทารกแรกเกิด ก่อนนำส่งต่อโรงพยาบาลสมเด็จพระพนม ทารกคลอดเวลา 10.07 น. เพศหญิง น้ำหนัก 2,750 กรัม APGAR score 9 – 10 – 10 คะแนน Oxygen Saturation 99 % แรกคลอด ทารก Active ดี ตัวแดงดี ร้องเสียงดัง ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย หายใจสม่ำเสมอ หลังคลอด 2 ชั่วโมงทารกหายใจหอบลึก หน้าอกบวม Oxygen Saturation 92 % ดูแลให้ออกซิเจน ประสานงานนำส่งโรงพยาบาลสมเด็จพระพนม มีภาวะ Congenital pneumonia รับการรักษา เป็นเวลา 9 วัน อาการเป็นปกติจึงจำหน่ายกลับบ้าน
ระยะหลังคลอด 1. ผู้คลอดอ่อนเพลียเนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - มารดาหลังคลอดทำทางอ่อนเพลีย <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> มารดาหลังคลอดได้รับ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1.ดูแลให้นอนพักดูแลรับสารน้ำ ตามแผนการรักษา และให้รับประทานอาหารอ่อนหลังคลอด 2.ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง พร้อมประเมินการหดตัวของมดลูก 3. หลังคลอดครบ 2 ชั่วโมง ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทำความสะอาด เปลี่ยนผ้าอนามัย ดูแลความเรียบร้อยก่อนส่งต่อ <u>ประเมินผล</u> มารดาหลังคลอดอาการทั่วไปปกติ ส่งต่อพร้อมทารก	ระยะหลังคลอด 1. ผู้คลอดอ่อนเพลียเนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - มารดาหลังคลอดทำทางอ่อนเพลีย <u>เป้าหมายการพยาบาล</u> มารดาหลังคลอดได้รับ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1.ดูแลให้นอนพัก ดูแลรับสารน้ำ แผนการรักษา และให้รับประทานอาหารอ่อนหลังคลอด 2.ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง พร้อมประเมินการหดตัวของมดลูก 3. หลังคลอดครบ 2 ชั่วโมง ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทำความสะอาด เปลี่ยนผ้าอนามัย ดูแลความเรียบร้อยก่อนส่งต่อ <u>ประเมินผล</u> มารดาหลังคลอดอาการทั่วไปปกติ ส่งต่อพร้อมทารก

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า เป็นมารดาตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้ง มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน และหญิงตั้งครรภ์มีอายุเกิน 35 ปี แม้จะมีการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตามนัด และไม่มีโรคร่วมอื่น แต่มีความเสี่ยงอย่างมากที่จะมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้คลอดมีการเดินทางมารับบริการล่าช้า รอจนมีอาการเจ็บครรภ์จริงจึงมาโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ได้ จนทารกมีการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ศักยภาพ

และความสามารถ ของห้องคลอดโรงพยาบาลคำมวง ยัง มีขีดจำกัดในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้ต้องมีการประสานงานไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อขอคำแนะนำและประสานความพร้อมก่อนทำการส่งต่อ ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องใช้เวลาพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลจึงต้องมีศักยภาพในการดูแลมารดาและทารกในระหว่างที่รอการส่งต่อ ขณะส่งต่อ ดังนั้น เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมารดา และทารก ของโรงพยาบาลคำมวงให้มีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลคำมวง. (2566). สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำมวง ประจำปี 2563-2565.
2. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, และธีระ ทองสง. (2564). ใน ธีระ ทองสง (บ.ก.), สถิติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 6 (น.247-256). กรุงเทพฯ: ลักขมิมรุ้ง จำกัด.
3. พัญญู พันธุ์บุรณะ. (2555). การพยากรณ์และการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. ใน อภิชาติ จิตต์เจริญ (บรรณาธิการ), ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ (ผู้จัดพิมพ์), การคลอดและการพัฒนาทางการแพทย์ (หน้า 276-288). กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
4. เพ็ญกลดา ทองประเสริฐ. (2562). ยาที่ใช้ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. สืบค้นจาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/tocolytic-drugs-for-preterm-labor>
5. เยื่อน ต้นนิรันดร์ และคณะ. (2555). เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี การพิมพ์.
6. วรพงศ์ ภู่งศ์. (2555). การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
7. สายฝน ขวาลไพบูลย์, และ สุจินต์ กนกพงษ์ศักดิ์. (2554). ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะน้ำเดินในครรภ์ก่อนกำหนด. เวชบัณฑิตศิริราช, 4(2), พฤษภาคม-สิงหาคม 2554.
8. ศศิกันต์ กาละ. (2562). การพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, และคณะ, การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 (เล่ม2). สืบค้นจาก https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_web_ตำราการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์2เล่ม2.pdf
9. ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2557). การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 22(1), 27-38.
10. อุ๋นใจ, กอนันตกุล. (2562). การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพื่อการรักษา. สูตินรีแพทย์สัมพันธ์, 28(1), 8-15.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง
(Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

Factors related to access to health services for female sex workers
in the area of Samnak Kham Subdistrict, Sadao District, Songkhla Province.

วัชรีย์ ชิตมณี

Watcharee Chitmanee

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ จังหวัดสงขลา

(Received: November 30, 2023; Accepted: December 24, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง พนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) 447 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ แบบข้อมูลทั่วไป ปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple Logistic Regression) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression)

ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของพนักงานบริการหญิงในภาพรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.85 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ได้แก่ อายุ ($OR_{adj.} = 3.60$, 95% CI = 1.84-7.03) ชาติพันธุ์ ($OR_{adj.} = 11.84$, 95% CI = 4.50-31.12) ประสบการณ์การทำงาน ($OR_{adj.} = 3.01$, 95% CI = 1.02-8.90) โรคประจำตัว ($OR_{adj.} = 0.04$, 95% CI = 0.01-0.15) สถานบริการสุขภาพ ($OR_{adj.} = 3.36$, 95% CI = 1.91-5.90) การเข้าถึงบริการเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ($OR_{adj.} = 5.68$, 95% CI = 3.09-10.43) การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ($OR_{adj.} = 6.45$, 95% CI = 3.96-10.51) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($OR_{adj.} = 10.36$, 95% CI = 5.81-18.47)

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ, พนักงานบริการหญิง, ความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ



Abstract

This research the objective is to study the level of access to health services. and factors related to access to health services for female sex workers in the area of Samnak Kham Subdistrict, Sadao District, Songkhla Province. This was a cross-sectional descriptive study from June-November 2023. The sample group was Female sex workers, 447 people, simple random sampling. The research instrument was a questionnaire, including a general information form. Health and healthcare problems Perceiving the risk of getting sick Perception of health benefits and access to health services Data were analyzed using simple logistic regression and multiple logistic regression.

The research results found that Overall access to health services for female sex workers is at a high level, 60.85 percent. Factors that are related to access to health services for female sex workers in the area of Samnak Kham Subdistrict, Sadao District, Songkhla Province include age ($OR_{adj.} = 3.60$, 95% CI = 1.84-7.03) ethnicity ($OR_{adj.} = 11.84$, 95% CI = 4.50-31.12) work experience ($OR_{adj.} = 3.01$, 95% CI = 1.02-8.90) congenital diseases ($OR_{adj.} = 0.04$, 95% CI = 0.01-0.15) health service facilities ($OR_{adj.} = 3.36$, 95% CI = 1.91-5.90) Access to services for minor illnesses ($OR_{adj.} = 5.68$, 95% CI = 3.09-10.43), perception of health benefits ($OR_{adj.} = 6.45$, 95% CI = 3.96-10.51), and perception of health status ($OR_{adj.} = 10.36$, 95% CI = 5.81-18.47).

Keywords: Access to health services, female sex workers, relationship to access to health services

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ พร้อม ๆ กับอีกหลายประเทศทั่วโลก ประเทศไทยได้ชื่อว่า เป็นประเทศที่มีธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการค้ามนุษย์ โดยมองว่าบรรดานักท่องเที่ยวที่มาเที่ยวประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่จะมีวัตถุประสงค์เพื่อเที่ยวสถานบริการที่มีหญิงให้บริการทางเพศ เป็นอันดับแรก มากกว่าเพื่อการเที่ยวชมโบราณสถาน โบราณวัตถุขนบธรรมเนียม ประเพณี และแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ (กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรมและศูนย์วิจัยและพัฒนาอาชีววิทยาและกระบวนการยุติธรรม, 2552) ด้วยเหตุนี้รัฐบาลไทยได้พยายามแก้ไขปัญหานี้มาโดยตลอด อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่านับแต่ได้มี ตราพระราชบัญญัติปราบปรามการค้าประเวณี ฉบับแรกขึ้นในปี พ.ศ. 2503 โดยระบุว่าการค้าประเวณี เป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติ ป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539 แทนพระราชบัญญัติฉบับเดิม (ภาคอร บอร์แซกและคณะ, 2560) พนักงานบริการหญิง คือ อาชีพให้บริการด้านหนึ่งของการท่องเที่ยว และสังคมส่วนใหญ่มองเป็นเรื่องปกติในสังคม ทำให้เป็นค่านิยมที่แรงจูงใจสำคัญให้เกิดการตัดสินใจเข้าสู่การเป็นพนักงานบริการหญิงในสถานบันเทิง เช่น ความล้มเหลวใน ชีวิตสมรส เลียนแบบความฟุ้งเฟ้อของผู้อื่น เป็นต้น จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้หญิงจำนวนมากเข้าสู่อาชีพหญิงให้บริการทางเพศนี้ (วิริยา ถาวรชัยสิทธิ์, 2547) เมื่อสภาพเศรษฐกิจ การเมือง บุคคลและสังคมวัฒนธรรมเชื่อมโยงเกี่ยวพันกันอย่างเป็นระบบ ส่งผลทำให้ผู้หญิงสามารถการตัดสินใจหรือซึ่กน้ำหนักรจากบริบททาง เศรษฐกิจ การเมือง รายได้ที่สูง การบังคับใช้กฎหมาย ทัศนคติ ประสพการณ์ และความต้องการของมนุษย์ด้านเพศ จึงเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการ

เข้าสู่ธุรกิจ การค้าประเวณีหรือช่อง โสเภณีหรือคณิกา และเพศพาณิชย์ของสังคมไทย ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่การแพร่ระบาดของเอชไอวีในประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขาย พนักงานบริการทางเพศ คนข้ามเพศ และคนที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด เข้าเส้นโลหิต คู่ของประชากรกลุ่มหลักนี้ รวมทั้งแรงงานต่างชาติและนักโทษกลุ่มประชากรเหล่านี้ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ โดยทั่วไป

พนักงานบริการหญิงเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพทางเพศ ทั้งนี้เนื่องจากพนักงานบริการหญิงเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจากการมีคู่นอนหลายคน และส่วนมากมักมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย (เสาวนีย์ ทองนพคุณ, 2558) ซึ่งหากมองย้อนไปถึงต้นเหตุของการมีสุขภาพทางเพศที่ไม่เหมาะสมในพนักงานบริการหญิง จะพบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพทางเพศ รวมไปถึงการขาดทักษะในการต่อรองและการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ประกอบกับแรงกดดันทางสังคมและทางครอบครัวที่จำต้องยอมมีเพศสัมพันธ์กับแขกที่ไม่สวมถุงยางอนามัยจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้แนวโน้มการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมไปถึงโรคเอดส์เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันก็กระทบต่อสุขภาพทางเพศและคุณภาพชีวิตของพนักงานบริการหญิง จากการประมาณการณจำนวนพนักงานบริการหญิง ทั้งหมดในประเทศไทย ณ ปัจจุบันคาดว่า จะมีประมาณ 229,000 คน การเข้าถึงบริการสุขภาพของพนักงานบริการหญิง (Female Sex Workers) เป็นประเด็นที่มีความสำคัญมากเนื่องจากมีผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของกลุ่มนี้ นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคและสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นใน

ระยะยาวรูปแบบการประกอบอาชีพของหญิงให้บริการทางเพศยังมีหลากหลายรูปแบบ มีทั้งทางตรงและทางอ้อม

จากข้อมูลข้างต้น จังหวัดสงขลา เป็นหนึ่งจังหวัดที่อยู่ภาคใต้โดยเฉพาะในพื้นที่บริเวณพรมแดนระหว่างประเทศมาเลเซีย ที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจ มีสถานบันเทิงประเภทร้านอาหารและร้าน คาราโอเกะเป็นจำนวนมาก มีแรงงานหญิงเดินทางมาเพื่อทำงานบริการทางเพศ สภาพการทำงานของหญิงบริการส่งผลกระทบต่อทางด้านสาธารณสุขในเรื่องการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในเขตพื้นที่อำเภอที่อยู่ติดชายแดนที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกันสูงมากถึงร้อยละ 59.6 ความเสี่ยงที่สูงเช่นนี้ เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของสถานบันเทิงประเภทร้านคาราโอเกะที่มีการแอบแฝง การค้าบริการทางเพศ อีกทั้งสภาพแวดล้อมของการทำงานที่ไม่เอื้ออำนวย ต่อการมีสุขภาวะที่ดีจึงทำให้แรงงานเหล่านี้ต้องเผชิญกับภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในระดับต่ำและ ความเสี่ยงทางด้านสุขภาวะทางเพศที่สูง (Bulbeck, C, 2008) เมื่อเจ็บป่วยก็เข้าถึงบริการสุขภาพได้ยาก เนื่องจากปราศจากสถานะทางกฎหมาย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ความแตกต่างระหว่างภาษา วัฒนธรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สภาพการทำงาน การดำเนินชีวิตและเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมของแรงงานหญิงย้ายถิ่นเอง (Huguet, 2014) อีกทั้งความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตเมื่อเจ็บป่วยก็มักจะดูแลรักษาตนเอง ทำให้เกิดปัญหาความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคและแพร่ระบาดได้ง่าย (Archavanitkul & Kanchanachitra Saisoonthorn, 2005) ซึ่งจากเหตุผลที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นประเด็น สำคัญประเด็นหนึ่งใน

การดำรงชีวิตของผู้หญิงที่เดินทางมาเป็นแรงงานทางเพศในพื้นที่ชายแดนภาคใต้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มด้วยกันคือ

ประชากร คือ พนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร กรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากร (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2552) ได้ขนาดตัวอย่าง 362 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือถอนตัว (Drop out) ขณะการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2552) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งจำนวน 447 คน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นพนักงานบริการหญิงทั้งผู้ที่มีสัญชาติไทยหรือสัญชาติอื่น ๆ ที่มีอายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้หรือมีล่ามช่วยแปลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ไม่สามารถให้

ข้อมูลในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลได้ และขอยกเลิกขณะตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ชาติพันธุ์ ใบอนุญาตทำงาน ประสบการณ์การทำงาน รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ปัจจุบัน โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) ได้แก่ การรับรู้สภาวะโดยทั่วไป สิทธิในการรักษา สถานบริการสุขภาพที่ท่านใช้ครั้งสุดท้าย การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาการผิดปกติจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การประเมินและรักษาสุขภาพจากปัญหาระบบสืบพันธุ์ การประเมินและรักษาสุขภาพหากเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยของพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ไม่เสี่ยงเลย (0 คะแนน) เสี่ยงน้อยมาก (1 คะแนน) เสี่ยงน้อย (2 คะแนน) เสี่ยงมาก (3 คะแนน) เสี่ยงมากที่สุด (4 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.85 การแปลผล โดยกำหนดค่าคะแนนการรับรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินของ Best (1970) ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน 2.68-4.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 1.34-2.67) และระดับต่ำ (คะแนน 0-1.33)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพของพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า

(Rating Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ไม่เคยรับรู้ (0 คะแนน) รับรู้น้อยมาก (1 คะแนน) รับรู้น้อย (2 คะแนน) รับรู้มาก (3 คะแนน) รับรู้มากที่สุด (4 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha)=0.86 การแปลผล โดยกำหนดค่าคะแนนการรับรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินของ Best (1970) ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน 2.68-4.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 1.34-2.67) และระดับต่ำ (คะแนน 0-1.33)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ไม่ดีอย่างมาก (0 คะแนน) ไม่ดี (1 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) สุขภาพดี (3 คะแนน) สุขภาพดีมาก (4 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.80 การแปลผล โดยกำหนดค่าคะแนนการรับรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินของ Best (1970) ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน 2.68-4.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 1.34-2.67) และระดับต่ำ (คะแนน 0-1.33)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) จำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ไม่ได้รับเลย (0 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) มาก (3 คะแนน) มากที่สุด (4 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach s Alpha) = 0.82 การแปลผล โดยกำหนดค่าคะแนนการรับรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินของ Best (1970) ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน 2.68-4.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 1.34-2.67) และระดับต่ำ (คะแนน 0-1.33)

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ใช้สถิติสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple Logistic Regression) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 447 คน อายุเฉลี่ย 35.37 ปี (S.D.=10.09 อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 65 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี ร้อยละ 65.77 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.71 มีสถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.29 การมีบุตรส่วนใหญ่เคยมีบุตร ร้อยละ 52.80 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 27.96 ชาติดพันธุ์ ส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ 65.32 ส่วนใหญ่ไม่มีใบประกอบอนุญาตทำงาน ร้อยละ 67.79 ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 2.51 ปี (S.D.=3.06) สูงสุด 15 ปี ต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาทำงานส่วนใหญ่ 1-5 ปี ร้อยละ 87.25 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,534.67 บาท (S.D.=7,518.24) สูงสุด 50,000 บาท ต่ำสุด 3,000 บาท ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ พอใช้เป็นบางเดือน ร้อยละ 46.98 ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.84 การรับรู้

สภาวะโดยทั่วไปส่วนใหญ่รับรู้สุขภาพมีความแข็งแรง ร้อยละ 59.96 สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตร 30 บาท ร้อยละ 52.57 สถานบริการสุขภาพที่ใช้ครั้งสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 43.40 รองลงมาเป็นคลินิกแพทย์ ร้อยละ 22.37 การประเมินและรักษาสุขภาพหากเจ็บป่วยเล็กน้อยส่วนใหญ่สามารถประเมินตนเองเบื้องต้น และซื้อยาตามร้านขายยามากิน ร้อยละ 61.52 การประเมินและรักษาสุขภาพจากปัญหาระบบสืบพันธุ์ส่วนใหญ่สามารถประเมินตนเองและบอกถึงสาเหตุของอาการได้ทุกครั้ง ร้อยละ 69.80 การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เคยตรวจ ร้อยละ 68.23 และไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 98.88

การเข้าถึงบริการสุขภาพของพนักงานบริการหญิงในภาพรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.85 (ดังตารางที่ 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ได้แก่ อายุ ($OR_{adj.}=3.60$, 95% CI = 1.84-7.03) ชาติดพันธุ์ ($OR_{adj.}=11.84$, 95% CI = 4.50-31.12) ประสบการณ์การทำงาน ($OR_{adj.}=3.01$, 95% CI = 1.02-8.90) โรคประจำตัว ($OR_{adj.}=0.04$, 95% CI = 0.01-0.15) สถานบริการสุขภาพ ($OR_{adj.}=3.36$, 95% CI = 1.91-5.90) การเข้าถึงบริการเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ($OR_{adj.}=5.68$, 95% CI = 3.09-10.43) การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ($OR_{adj.}=6.45$, 95% CI = 3.96-10.51) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($OR_{adj.}=10.36$, 95% CI = 5.81-18.47) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในภาพรวม

ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0 – 1.33	24	5.37
ระดับปานกลาง	1.34 - 2.67	151	33.78
ระดับสูง	2.68 – 4.00	272	60.85

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate Analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

ปัจจัย	Crude OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI	P-value
อายุ					
< 35 ปี	Ref.		Ref.		
35 ปีขึ้นไป	3.23	2.07-5.03	3.60	1.84-7.03	<0.001*
การศึกษา					
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	Ref.		Ref.		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	1.67	1.13-2.48	0.94	0.57-1.55	0.834
ชาติพันธุ์					
ลาว/พม่า					
ไทย	3.67	2.44-5.53	11.84	4.50-31.12	<0.001*
ใบอนุญาตทำงาน					
ไม่มี	Ref.		Ref.		
มี	0.585	0.39-0.88	0.62	0.35-1.08	0.096
ประสบการณ์การทำงาน					
1-5 ปี	Ref.		Ref.		
> 5 ปี	3.45	1.69-7.02	3.01	1.02-8.90	0.046
รายได้ต่อเดือน					
<15,000 บาท	Ref.		Ref.		
15,000 บาท ขึ้นไป	0.542	0.36-0.81	0.72	0.45-1.13	0.156
โรคประจำตัว					
ไม่มี	Ref.		Ref.		
มี	0.10	0.04-0.27	0.04	0.01-0.15	<0.001*

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate Analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI	P-value
สิทธิการรักษา					
30 บาท/ป.กส.	Ref.		Ref.		
จ่ายเงินเอง	0.55	0.37-0.81	0.67	0.36-1.24	0.205
สถานบริการสุขภาพ					
รัฐบาล	Ref.		Ref.		
เอกชน	1.99	1.35-2.93	3.36	1.91-5.90	<0.001*
การเข้าถึงบริการเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย					
ดูแลตนเอง/ซื้อยา	Ref.		Ref.		
รับประทานเอง					
ดูแลตนเอง/พบแพทย์	2.15	1.41-3.27	5.68	3.09-10.43	
การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ					
ต่ำ	Ref.		Ref.		
สูง	6.81	4.46-10.41	6.45	3.96-10.51	<0.001*
การรับรู้ภาวะสุขภาพ					
ต่ำ	Ref.		Ref.		
สูง	11.49	6.78-19.47	10.36	5.81-18.47	<0.001*

อภิปรายผล

การเข้าถึงบริการสุขภาพของพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.85 ทั้งนี้เนื่องจาก เนื่องจากภาระงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคทางเพศหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางเพศ เช่น ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคทางเพศ เช่น เอชไอวี, ซิฟิลิส, ไวรัสตับอักเสบบี (HBV), ไวรัสตับอักเสบบี (HCV), จึงทำให้มีความตระหนักในการเข้าถึงบริการสุขภาพซึ่งสามารถช่วยในการป้องกันโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางเพศ โดยมีการตรวจเชื้อโรคและให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการป้องกัน จากผลการศึกษานี้พบว่า

การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เคยตรวจร้อยละ 68.23 และไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 98.88 สอดคล้องกับ ทิพย์วิมล เดชภูมิ และเกษราวัลณ์ นิลวรานุกร (2555) พบว่า หญิงขายบริการทางเพศสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทันท่วงทีเมื่อเจ็บป่วย และตรวจสุขภาพตามระยะเวลาที่สถานบริการกำหนด เช่น ตรวจมะเร็งปากมดลูก ตรวจเลือดหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขต

พื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็น 3.60 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี ($OR_{adj.}=3.60$, 95% CI = 1.84-7.03) ทั้งนี้เนื่องจากพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) อาจมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคทางเพศ การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการตรวจสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการต่อสู้กับความท้าทายทางสุขภาพและความปลอดภัย สอดคล้องกับ กมลพร นิรารัตน์ และ อัครนันท์ คิตสม (2560) อายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการเข้าถึงบริการสุขภาพเนื่องจากผู้ที่อายุมากขึ้นเรื่อย ๆ จะสมรรถภาพทางกายที่เสื่อมลง จะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่มากกว่าผู้น้อย

ชาติพันธุ์ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) กลุ่มชาติพันธุ์ไทย มีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็น 11.84 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ เช่น ลาว พม่า ($OR_{adj.}=11.84$, 95% CI = 4.50-31.12) ทั้งนี้เนื่องจากว่า สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตร 30 บาท ร้อยละ 52.57 ส่วนใหญ่จึงใช้สถานบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 43.40 รองลงมาเป็นคลินิกแพทย์ ร้อยละ 22.37 นอกจากนี้ยังพบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพอาจไม่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับแรงงานต่างด้าวที่อาจไม่ทราบถึงสิทธิและบริการที่พร้อมให้บริการรวมทั้งปัญหาทางภาษาที่อาจทำให้การสื่อสารและเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นไปอย่างยากลำบาก

ประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี มีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็น 3.01 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประสบการณ์ 1-5 ปี ($OR_{adj.}=3.01$, 95% CI = 1.02-8.90) ทั้งนี้เนื่องจาก ประสบการณ์การทำงานของพนักงานบริการหญิงมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยต้องพบความเสี่ยงทั้งในด้านสังคมและสุขภาพ ความเสี่ยงต่อโรคทางเพศและสถานการณ์ทางเพศทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสำคัญ สอดคล้องกับรัชนิวรรณ นิรมิตร และ บัวพันธ์ พรหมพักพิง (2562) ประสบการณ์การทำงานทำให้เกิดความตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องของการใส่ใจ สนใจค้นหาข้อมูลข่าวสารในเรื่องการดูแลสุขภาพ เพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้หญิงบริการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ เมื่อหญิงบริการเจ็บป่วยก็จะมักจะศึกษาหาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพด้วยตนเองก่อนจากสื่อต่างๆ อาทิเช่น อินเทอร์เน็ต วิทยุและโทรทัศน์ หนังสือหรือวารสาร และ จากผลการศึกษานี้พบว่า ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาได้รับบริการเสริมทักษะชีวิตการป้องกันเอชไอวี โรค เพียงพอกับความต้องการ ($M=3.21$, $SD=0.85$) อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ เสาวนีย์ ทองนพคุณ (2558) ประสบการณ์การทำงานเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือทรัพยากร (Accessibility) รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้พนักงานบริการหญิงแสดงพฤติกรรมออกมา เช่น การเข้าถึงถุงยางอนามัย การเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพทางเพศ ทักษะในการสวมถุงยางอนามัยและการดูแลสุขภาพทางเพศ เป็นต้น

โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสในการการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็น 0.04 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ($OR_{adj.}=0.04$, 95% CI=0.01-0.15) ทั้งนี้เนื่องจากการมีโรคประจำตัวอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับภาวะสุขภาพร่วมอื่น ๆ อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน, ทำให้มีความยากลำบากในการปฏิบัติงานหรือลดประสิทธิภาพการทำงานการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสำคัญเพื่อป้องกันและรักษาภาวะสุขภาพร่วม จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า พนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.39 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 7.12 และอาการผิดปกติจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 1.12

สถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ที่ใช้บริการสุขภาพของเอกชน มีโอกาสในการการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็น 3.36 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสถานบริการของรัฐ ($OR_{adj.}=3.36$, 95% CI = 1.91-5.90) ทั้งนี้เนื่องจากสถานบริการสุขภาพเอกชนมีความหลากหลายในบริการทางการแพทย์และดูแลสุขภาพที่พร้อมให้บริการ การมีตัวเลือกที่หลากหลายนี้ช่วยให้พนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) สามารถเลือกบริการที่เหมาะสมกับความต้องการ รวมทั้งมีกระบวนการให้บริการที่รวดเร็วและสามารถนัดหมายได้สะดวกช่วยลดระยะเวลาที่คนต้องใช้ในการรอคอยและเข้าถึงบริการ

ทันที ประกอบกับพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) มีความพร้อมจ่ายเงินเอง ร้อยละ 52.46 สอดคล้องกับจันทรา พรหมน้อย และคณะ (2552) ศึกษาปัญหาและความต้องการด้านอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ: กรณีศึกษา จังหวัดนราธิวาส พบว่า การบริการของเอกชน ได้แก่ ร้านขายยา ร้านสะดวกซื้อและร้านขายของชำ เป็นสถานบริการที่นิยมเลือกใช้เป็นอันดับแรกเนื่องจากสะดวกและเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะกลุ่มขายบริการแบบแฝงหรือคนต่างด้าวการบริการที่ใช้บ่อยคือซื้อถุงยางอนามัยยาสวนล้างช่องคลอดยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานและปรึกษาเรื่องการทำแท้ง

การเข้าถึงบริการเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ที่ประเมินตัวเองเบื้องต้นและพบแพทย์ มีโอกาสในการการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็น 5.68 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเมินตัวเองเบื้องต้นและซื้อยาตามร้านขายยา ($OR_{adj.}=5.68$, 95% CI = 3.09-10.43) จากการศึกษาพบว่า การประเมินและรักษาสุขภาพหากเจ็บป่วยเล็กน้อยส่วนใหญ่สามารถประเมินตนเองเบื้องต้น และซื้อยาตามร้านขายยามากิน ร้อยละ 61.52 การประเมินและรักษาสุขภาพจากปัญหาระบบสืบพันธุ์ส่วนใหญ่สามารถประเมินตนเองและบอกถึงสาเหตุของอาการได้ทุกครั้ง ร้อยละ 69.80 สอดคล้องกับจันทรา พรหมน้อย และคณะ (2552) ศึกษาปัญหาและความต้องการด้านอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ: กรณีศึกษา จังหวัดนราธิวาส พบว่า หญิงอาชีพพิเศษ ส่วนใหญ่ซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเองเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติ

เพียงเล็กน้อย และเข้ารับการรักษาที่คลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลของรัฐเมื่ออาการไม่ดีขึ้นหรือมีอาการรุนแรง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า เวลาเจ็บมดลูกจะซั้อยามากินเอง จะไปรักษาที่คลินิกเมื่อกินยาแล้วไม่ดีขึ้น

การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ที่มีการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ระดับสูง มีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็น 6.45 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ระดับต่ำ ($OR_{adj.}=6.45$, 95% CI=3.96-10.51) การรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่พนักงานบริการหญิงมีสิทธิได้รับ เป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยจะทราบถึงสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่มีต่อการรักษาสุขภาพและการป้องกันโรค จากการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.70 สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตร 30 บาท ร้อยละ 52.57 สถานบริการสุขภาพที่ใช้ครั้งสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 43.40 โดยส่วนใหญ่จะรับรู้เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุฉุกเฉินมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานบริการใดก็ได้ที่ใกล้ที่สุด ($M=3.19$, $SD=1.08$) อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับนิชนันท์ สุวรรณภูมิ (2562) การรับรู้ด้านสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด ส่วนความพึง

พอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ในเขตพื้นที่ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับสูง มีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็น 10.36 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับต่ำ ($OR_{adj.}=10.36$, 95% CI=5.81-18.47) จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวมของพนักงานบริการหญิง (Female ส่วนใหญ่เป็นการรับรู้สุขภาพทางเพศ ($M=3.22$, $SD=1.01$) อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพช่วยให้พนักงานบริการหญิงระบุนความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การติดเชื้อโรคทางเพศ, การติดเชื้อ HIV, และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ และให้ความสำคัญของการตรวจสุขภาพและการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง ผลจากการศึกษาของ เสาวนีย์ ทองนพคุณ (2558) ระบุว่าปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) เช่นทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับสุขภาพทางเพศ, ความพอเพียง, การเข้าถึงบริการ, ทักษะที่จะช่วยให้พนักงานบริการหญิงแสดงพฤติกรรมออกมาได้ ดังนั้น, การรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้พนักงานบริการหญิงสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามสิทธิที่ควรจะได้รับอย่างครบถ้วนและมีความสุขสบาย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมและต่อเนื่อง รวมทั้งการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. บุคลากรทางสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมให้พนักงานที่มีรายได้ต่ำ สามารถเข้าถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์/สื่อประชาสัมพันธ์ได้สามารถติดตามข้อมูลข่าวสารอย่างเท่าทันทุกสถานการณ์ อีกทั้งมีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก ขจัดอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ

อ้างอิง

1. กมลพร นิรารัตน์ และอัครนันท์ คิตสม. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. 7-8 ธันวาคม 2560. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2566 https://kukrdb.lib.ku.ac.th/proceedings/index.php?PKPS/search_detail/result/20002675
2. กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรมและศูนย์วิจัยและพัฒนาอาชญาวิทยาและกระบวนการยุติธรรม. (2552). คู่มือเพื่อดำเนินงานแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2552 – 2556 สำหรับองค์กรเครือข่ายสิทธิมนุษยชน. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
3. จันทรา พรหมน้อย, ประณีต ส่งวัฒนา, เนตรนภา พรหมเทพ, อารีย์ อ่องสว่าง. (2552). ปัญหาและความต้องการด้านอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ : กรณีศึกษา จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 1(2), 97-113
4. ทิพย์วิมล เดชภูมิ และเกษราวัลณ์ นิลวรารุณ. (2555). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหญิงขายบริการทางเพศในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(3) 122-130
5. นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, สุภภัทร นักรู้ กำพลพัฒน์, & เรืองศิลป์ เกื่อนนาดี. (2562).. การรับรู้และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 10 (hsri.or.th)
6. ภคอร บอร์แซก, สมหมาย แจ่มกระจ่าง, & ศรีวรรณ ยอดนิล. (2560). วิธีชีวิตหญิงให้บริการทางเพศ. วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคมมหาวิทยาลัยบูรพา, 13(1), 196-206.
7. รัชนิวรรณ นิรมิต และ บัวพันธ์ พรหมพักพิง (2562). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของหญิง บริการชาวลาในพื้นที่ชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี. Journal of Social Development and Management Strategy, 21(2), 78-95
8. วิริยา ถาวรชัยสิทธิ์. (2547). คุณภาพชีวิตของหญิงขายบริการ: ศึกษาหญิงขายบริการมณฑลเมืองพัทยาพิเศษรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยบูรพา.
9. เสาวนีย์ ทองนพคุณ. (2558). สุขภาพทางเพศ: แนวทางการส่งเสริมสุขภาพทางเพศในพนักงานบริการหญิง. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 10(2), 117-125.

10. อรุณ จิรวัดน์กุล. (2552). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. Archavanitkul, K and Kanchanachitra Saisoonthorn, P. (2005). Questions and Challenges for Thai Policies on the Health and Welfare of Migrants. [In Thai]. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University
12. Bulbeck, C. (2008). *Sex, Love and Feminism in the Asia Pacific: a cross-cultural study of young people's attitudes*. Routledge.
13. John W. Best. (1970). Research in Education. New Jersey: Prentice Hall.

