





กรมอนามัย  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

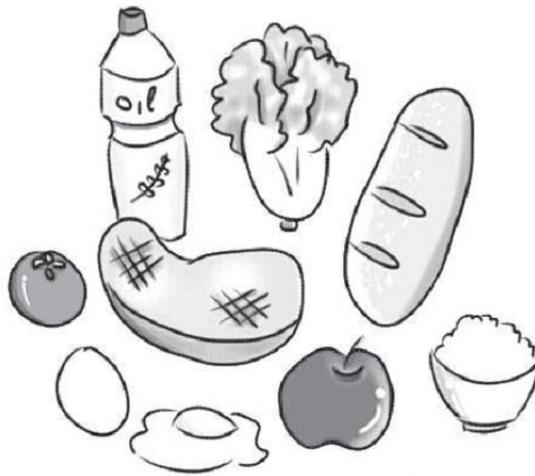
# HPC 10 Journal

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2564

Vol. 9 No. 2 July-December 2021 ISSN 2774-1362 (Online)



## VISION : วิสัยทัศน์

กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ  
และระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี  
“ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง”

## MISSION : พันธกิจ

ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ใช้ความรู้และดูภาพรวม เพื่อกำหนดนโยบาย และออกแบบ  
ระบบส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการประสานงานสร้างความร่วมมือ และ  
กำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน

## วัฒนธรรมองค์กรกรมอนามัย

H

• Health Model : เป็นต้นแบบสุขภาพ

E

• Ethics : มีจริยธรรม

A

• Achievement : มุ่งผลสัมฤทธิ์

L

• Learning : เรียนรู้ร่วมกัน

T

• Trust : เคารพและเชื่อมั่น

H

• Harmony : เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
Regional Health Promotion Center 10 Journal  
ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2564  
Vol. 9 No.2 July – December 2021



**กรมอนามัย**  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัย เทคโนโลยีของภาคีเครือข่ายสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## Regional Health Promotion Center 10 Journal

### คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา	นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
บรรณาธิการ	นางไฉไล ช่างดำ	รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
กองบรรณาธิการวิชาการ	ดร.เรืองอุไร อมรไชย	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
กองบรรณาธิการ	ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
	นางจุฬาร ธานี	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวนภัชชล รอดเที่ยง	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางอุมาพร สังข์ฤกษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางอุไรวรรณ ไชสังเกต	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวไกรวัลย์ มัฐผา	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวมนฤดี แสงวงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวสุกานดา แก้วล้อมบึง	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ผู้ช่วยกองบรรณาธิการ	นางกัญญนัท रिปันโน	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวศศิธร บุญสุข	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวสุนทรีย์ พันธุ์คำ	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
สำนักงาน	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 45 หมู่ 4 ถนนสถลมารค ตำบลธาตุ อำเภวารินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ 045-251267-9	
เว็บไซต์	<a href="http://hpc10.anamai.moph.go.th">http://hpc10.anamai.moph.go.th</a>	

## ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ การเสนอผลงานตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของนักวิชาการ นักวิจัย ผู้ที่สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ โดยเนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไป กำหนดการออกวารสารปีละ 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ นวัตกรรมและเทคโนโลยีของนักวิชาการ นักวิจัย และภาคีเครือข่ายสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

### ข้อกำหนดการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

1. เป็นผลงานวิชาการในสาขาส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข สุขหรือสาขาที่เกี่ยวข้องเขียนด้วยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
2. เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
3. หากเนื้อหาในบทความมีความซ้ำซ้อนและการคัดลอก (Plagiarism) เกินกว่าร้อยละ 30 จะไม่ได้รับการพิจารณาจากกองบรรณาธิการ
4. หากผลงานวิจัย มีการวิจัยในมนุษย์ (คน) หรือในสัตว์ทดลอง ผู้วิจัยต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลองแล้วแต่กรณี โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”
5. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานวิชาการในเบื้องต้นแล้ว
6. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จ และส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

### ประเภทบทความที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article)
2. บทความปริทัศน์ (Review article)
3. บทความพิเศษ (Special articles)

## การพิจารณาบทความ (Peer review process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

### คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

1. การพิมพ์บทความ พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft word) โดยใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาดและลักษณะอักษรกำหนดตามตารางที่ 1 ทั้งอักษรภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single space) การจัดแนวข้อความใช้กระจายแบบไทยและชิดซ้าย พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ B5 (18.2x25.7 ซม) โดยเว้นระยะขอบกระดาษ บน 2 ซม. ล่าง 3 ซม. ขวา 2 ซม. และซ้าย 3 ซม. รวมอ้างอิงต้องไม่เกินจำนวนตามที่กำหนดของแต่ละประเภทบทความ และการใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ และอักษรตัวแรก

ตารางที่ 1 ขนาดและลักษณะของตัวอักษร TH SarabunPSK สำหรับบทความตีพิมพ์

ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ	ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ
ชื่อเรื่อง	16	ตัวหนา/กึ่งกลาง	คำสำคัญ	14	ตัวปกติ
ชื่อผู้เขียน	14	ตัวปกติ/ชิดขวา	หัวข้อหลัก	14	ตัวหนา
สังกัด	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	หัวข้อย่อย	14	ตัวหนา
e-mail	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	เนื้อหา	13	ตัวปกติ
บทคัดย่อ	14	ตัวปกติ	เอกสารอ้างอิง	13	ตัวปกติ

## 2. บทความที่จะตีพิมพ์

2.1 บทความวิจัย (Research article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยของผู้เขียนซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น เนื้อหารวมเอกสารอ้างอิงจำนวน 10-15 หน้า ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (Author name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่ใส่ยศหรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วม โดยให้ใส่เครื่องหมาย<sup>1,2</sup> ตามลำดับและใส่ดอกจันพร้อมนำดอกจันไปต่อคำสำคัญภาษาไทยส่วนท้ายกระดาษเพื่อระบุตำแหน่งกับหน่วยงานที่สังกัดของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และสำหรับผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) ให้ระบุ e-mail ด้วย

**บทคัดย่อ (Abstract)** เขียนเนื้อหาของบทความได้แก่ ความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมและสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ เขียนแยกภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 350 คำ และ Abstract ภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ

**คำสำคัญ (Keywords)** ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 5 คำต่อภาษาเรียงลำดับตามอักษรเนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

- **ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**
- **วัตถุประสงค์การวิจัย**
- **คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)**
- **กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย (ถ้ามี)**
- **วิธีการดำเนินการวิจัย**
  - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
  - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
  - การเก็บรวบรวมข้อมูล
  - การวิเคราะห์ข้อมูล
- **การพิจารณาด้านจริยธรรม (ถ้ามี)**
- **ผลการวิจัย**
- **การอภิปรายผล**
- **ข้อเสนอแนะ**
- **เอกสารอ้างอิง (แบบ Vancouver)**

**2.2 บทความปริทัศน์ (Review article)** ได้แก่ บทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์รวมถึงวิจารณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนสังกัด บทนำ (Introduction) เนื้อหา (Content) สรุปผล (Conclusions) เอกสารอ้างอิง แบบ Vancouver ความยาวไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

**2.3 บทความพิเศษ (Special articles)** ได้แก่ บทความวิชาการ ถอดบทเรียน เรื่องที่กำลังเป็นที่สนใจของมวลชนเป็นพิเศษ เกี่ยวข้องในด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกรรม พยาบาล วิทยาศาสตร์การแพทย์ สาธารณสุข ที่เป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม ลักษณะใช้การวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สังกัด บทนำ (Introduction) เนื้อหา (Content) สรุปผล (Conclusions) เอกสารอ้างอิง แบบ Vancouver ความยาวไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

### 3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง และเอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

3.2 การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้การอ้างอิงแบบระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

**3.2.1 การอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา** ระบบแวนคูเวอร์ การอ้างอิงจะเขียนตามหลังข้อความหรือชื่อเจ้าของบทความ หน่วยงาน รวมถึงองค์กร ที่ได้มีการอ้างอิงใส่ตัวเลขอารบิกต่อท้ายและเป็นตัวยก โดยจะเริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 ในการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับที่ได้มีการอ้างอิงไว้ สำหรับกรณีการอ้างอิงซ้ำ เลขการอ้างอิงให้ใช้เลขลำดับเดิมที่ได้ระบุไว้ ส่วนการอ้างอิงท้าย บทความนั้น จะจัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงที่ได้ระบุไว้ในเนื้อหาของบทความ ตัวอย่าง กรมอนามัย<sup>1</sup>... หรือ การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี<sup>2</sup> เป็นต้น

#### 3.2.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความในวารสาร. ชื่อย่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.

Number. Author(s) of article (surname initials). Title of article. Journal title abbreviated. Year of

publication; Volume number(issue number): page numbers.

#### ตัวอย่าง

1. รังสรรค์ ปัญญาัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.
2. Chalernvanichakorn T, Sithisarankul P, Hiransuthikul N. Shift work and type 2 diabetic patients' health. J Med Assoc Thai 2008;91:1093-6

#### 3.2.3 การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์.

เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

#### ตัวอย่าง

1. ประสงค์ ตูจันดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน : ประพุทธ ศิริบุญย์ อรุพล บุญประกอบ. บรรณาธิการ. ทารกแรกเกิด พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการ ตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
2. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

### 3.2.4 การอ้างอิงบทความในวารสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;เล่มที่ของวารสาร:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

#### ตัวอย่าง

1. Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.
2. จริญญา เลิศอรธมยณีนี, เอมอร รักขมณีนี, อนุพันธ์ ต้นติววงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒติพรรณณี วรวิกิโกคาพร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85:1288-95.

### 3.2.5 ตัวอย่างการอ้างอิงอื่นๆ

บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันในส่วนที่เป็นชื่อผู้แต่ง

#### ตัวอย่าง

1. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสมาคม 2538;24:190-204.

#### วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา. จำนวนหน้า.

#### ตัวอย่าง

1. สมภพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมฟ์โพลีซัยที่เพาะเลี้ยง. [วิทยานิพนธ์] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2533. 75หน้า.
2. Cairina RB. Infrared spectroscopic studies of solid oxygen [Dissertation]. Berkeley, University of California; 1995. 156p.

#### อ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปี. [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่ (ฉบับที่): เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ. เข้าถึงได้จาก: <http://>

## ตัวอย่าง

1. นวลลออ จุฬพูปาสาน์. แบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2546]. เข้าถึงได้จาก <http://www.medicine.cmu.ac.th/secret/edserv/journal/vancouver.htm>
2. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier—Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

### 3..2.6 หลักการอ้างอิงชื่อผู้แต่ง

1) ผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ลงชื่อสกุล ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง (ถ้ามี) และใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นชื่อสกุลและอักษรย่อของชื่อต้นกับชื่อกลาง เช่น Reynolds, F.E.

2) ผู้แต่งชาวไทย ให้ลงชื่อก่อน แล้วตามด้วยนามสกุล เช่น เปลื้อง ณ นคร ในกรณีที่ยื่นเอกสารเป็นภาษาต่างประเทศ อาจใช้แนวทางเดียวกันกับผู้แต่งชาวต่างประเทศได้

3) ผู้แต่งชาวไทยมีฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์ ให้พิมพ์ชื่อ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และฐานันดรศักดิ์หรือบรรดาศักดิ์ เช่น ธรรมศักดิ์มนตรี, เจ้าพระยา ไม้ไผ่ศทางทหาร ตำรวจ หรือตำแหน่งทางวิชาการ/วิชาชีพ

4) ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ลงชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) โดยใช้คำว่า “และ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “,and” (สำหรับภาษาอังกฤษ) ก่อนชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย

5) ผู้แต่ง 7 คน ขึ้น ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย และคณะ (สำหรับภาษาไทย) หรือ et al.(สำหรับภาษาอังกฤษ)

6) ผู้แต่งเป็นสถาบัน ให้เขียนกลับคำนำหน้า ถ้าเป็นหน่วยงานรัฐบาล อย่างน้อยต้องอ้างถึงระดับกรม และอ้างถึงหน่วยงานระดับสูงก่อน เช่น สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค.

7) ถ้าเป็นหนังสือที่มีบรรณาธิการ และผู้อ้างอิงต้องการอ้างถึงหนังสือทั้งเล่ม ให้เขียนชื่อบรรณาธิการแทนผู้แต่ง และใส่คำว่า “บรรณาธิการ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “ed.” หรือ “eds.” แล้วแต่กรณี (สำหรับภาษาต่างประเทศ) เช่น ตีรณ พงศ์มพัฒน์ และจาร์มา อัจกุล, บรรณาธิการ. หรือ Forbes, S. M., ed.

#### 4. การส่งบทความต้นฉบับ

- 4.1 ส่งในรูปแบบเอกสารพิมพ์ขนาด A4 พร้อมไฟล์ผลงาน Microsoft word 1 ชุด
- 4.2 ภาพประกอบ หากเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว หากเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรือภาพสีขนาดโปสการ์ด การเขียนคำอธิบายภาพให้เขียนแยกต่างหาก ไม่เขียนลงในภาพ และกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ที่ถูกต้อง
- 4.3 การส่งบทความต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับ พร้อมใบนำส่งหรือหนังสือราชการส่งผลงานตีพิมพ์ ระบุที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้รับผิดชอบหลัก โดยส่งเอกสารด้วยตนเอง หรือทางไปรษณีย์ ถึง

กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
เลขที่ 45 ถนนสถลมารค หมู่ 4 ตำบลธาตุ  
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190  
โทรศัพท์ 045-251-264-7  
Email : research.hpc10@gmail.com



และส่งไฟล์ บทความต้นฉบับ Microsoft word พร้อมไฟล์ภาพประกอบผ่านระบบออนไลน์ ที่  
<https://forms.gle/iC4WBjWvRCRehofC8>

#### การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
นางกัญญ์ณัฐ ธิปินโน  
โทรศัพท์ : 045-251-267
2. ผู้ช่วยกองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์  
โทรศัพท์ : 045-251-267
3. ผู้ช่วยกองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
นางสาวศศิธร บุญสุข  
โทรศัพท์ : 045-251-267

# คำนิยม



การระบาดของ โควิด-19 ในประเทศไทยที่รุนแรงขึ้น ในช่วงเดือน เมษายน 2564 จนถึงปัจจุบัน ทำให้มียอดผู้ป่วย ติดเชื้อมากกว่า ล้านคน และมีการระบาดหนัก โดยเฉพาะ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล มีการติดเชื้อในชุมชนแออัด ตลาด โรงงาน แคมป์ ก่อสร้าง ในกลุ่มแรงงานต่างชาติ และ แรงงาน ชาวไทยหลายแห่ง พบการติดเชื้อภายในครอบครัวเป็นปัจจัย เสี่ยงที่สำคัญการควบคุมการระบาดทำได้ยาก

แม้เริ่มมีการฉีดวัคซีนแต่ยังไม่พอเพียง การระบาดนี้มีผลกระทบต่อเด็กไทยในหลายด้าน การปิดโรงเรียนเป็นเวลานาน มีผลกระทบต่อเด็กอย่างรุนแรง เด็กถูกระงับการเรียนรู้และพัฒนาการ เกิดช่องว่างระหว่างเด็ก ความไม่เสมอภาคของเด็กในโอกาสการเรียนรู้ไม่ใช่ทุกครอบครัวจะมีความพร้อม ที่จะรับหน้าที่หรือมีเวลาให้กับลูกอย่างเต็มที่ การปล่อยให้ลูกอยู่บ้านตามลำพังนำไปสู่การมีพฤติกรรม เสี่ยงได้ เด็กมีโอกาสมากขึ้นในการพบความรุนแรง และการทำร้ายร่างกาย หรือมีการใช้แรงงานเด็กเพิ่มขึ้น เด็กมีการแยกตัวทางสังคม เนื่องจากโรงเรียน เป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทางสังคม การปิดโรงเรียน มีผลกระทบต่อทักษะการเรียนรู้ และพัฒนาการทางสังคม

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย จึงสนับสนุนและช่วยให้โรงเรียนได้มีการวางแผนงาน ในระยะเวลาที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 มุ่งเน้นให้เด็กได้ไปเรียนที่โรงเรียนโดยสนับสนุนให้มี นโยบายโรงเรียนปลอดภัยเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด “มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (Covid Free Setting)” จึงเป็นสิ่งสำคัญที่เราต้องเริ่มดำเนินการให้เกิดเป็นรูปธรรมชัดเจน

นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์  
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
กันยายน 2564

## บทบรรณาธิการ



สวัสดีค่ะ กลับมาพบกันอีกครั้งกับวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2564 สำหรับวารสารศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมฉบับนี้ ยังคงเต็มไปด้วยเนื้อหาสาระและข่าวสารที่น่าสนใจที่จะนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ติดตามทุกท่าน

ในฉบับนี้ พบกับเนื้อหาที่เป็นประโยชน์เช่นเคย ได้แก่ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ของผู้เลี้ยงดูที่มารับบริการที่ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการ ทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสร้างความรอบรู้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี การศึกษาปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการในเขตสุขภาพที่ 10 เป็นต้น

ในโอกาสนี้อยากจะขอเชิญชวนทุกท่านส่งผลงานบทความวิจัย ตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีโดยสามารถส่งบทความตีพิมพ์ได้ที่ Website : <https://hpc10.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-10> โทร. 045-251267-9

นางไฉไล ช่างดำ

บรรณาธิการ กันยายน 2564

# สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	5
คำนิยาม	12
บทบรรณาธิการ	13
บทความวิจัย	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้วัคซีนมัลติเอเจนต์อายุ 2-4 ปี ของผู้เลี้ยงดูที่มารับบริการที่ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พิชชา กลิ่นหอม 15</li> <li>● การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสร้างความรอบรู้ในผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี วรรณภา สันโตด 30</li> <li>● การศึกษาสภาพการบริหารจัดการความเสี่ยงของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี 44 พรรณปพร ภาละกาล</li> <li>● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจตามนัดของผู้รับบริการ ตรวจสอบสุขภาพประจำปีที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประภัสสร ภูทางนา 58</li> <li>● ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัยทำงานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มารับบริการในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี รัตติยากร เจริญท้าว 72</li> <li>● ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ไกรวัลย์ มัฐผา 82</li> <li>● การศึกษาปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการ ในเขตสุขภาพที่ 10 นฤมล เทียมสุวรรณ 96</li> </ul>	
บทความพิเศษ	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● พัฒนาเด็กไทย พัฒนาทักษะ EF ไปยดา วิรัชมี 104</li> <li>● 4 กลยุทธ์การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กเป็นศูนย์ EF ศินีนาฏ โสวัตรและไปยดา วิรัชมี 108</li> </ul>	

## บทความวิจัย

ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี  
ของผู้เลี้ยงดูที่มารับบริการที่ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Knowledge and belief about use baby bottle for child 2-4 years old  
by caregiver who received services in the executive function  
development demonstration center for early childhood,  
The Regional Health Promotion Center 10<sup>th</sup> Ubon Ratchathani

พิชยา กลิ่นหอม\* Pichaya Klinhom\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความรู้และความเชื่อของผู้เลี้ยงดู ทั้งที่เลิกใช้และยังไม่เลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกใช้ขวดนมเลี้ยง เด็กอายุ 2-4 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 2-4 ปี จำนวน 35 คน แบ่ง เป็นกลุ่มที่เลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กแล้ว 20 คนและกลุ่มที่ยังไม่เลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูล คุณลักษณะทั่วไป ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้ของผู้เลี้ยงดูเรื่องการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก ตอนที่ 3 แบบวัดความเชื่อของผู้เลี้ยงดู เกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความ ตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค โดย แบบวัดความเชื่อและความรู้เกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80 และ 0.74 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม- 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติอนุมาน คือ ไคสแควร์ (Chi - Square test)

## บทคัดย่อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เลี้ยงดูกลุ่มที่เลิกใช้ขวดนมส่วนใหญ่มีความรู้และความเชื่อเรื่องการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอยู่ในระดับ ปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 50 และ 55 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มที่ยังไม่เลิกใช้ขวดนมส่วนใหญ่มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 และ ร้อยละ 60 ตามลำดับ ส่วนผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ กับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี พบว่า ความรู้และความเชื่อกับการเลิกขวดนมไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรมีการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมการพัฒนาความรู้เรื่องการใช้ขวดนม เลี้ยงเด็กที่ถูกต้องแก่ผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ผู้เลี้ยงดูในการดูแลเด็กที่ดีและมีคุณภาพต่อไป

**คำสำคัญ :** เด็กอายุ 2-4 ปี, ผู้เลี้ยงดู, การใช้ขวดนม, การเลิกใช้ขวดนม

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

\*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Ruang27@hotmail.com

## Abstract

The purpose of this descriptive research were to study the level of knowledge and beliefs of the caregivers, both who have stopped using and have not stopped using baby bottles, that are related to the discontinuation of using bottles for children 2-4 years old who receive services at the Early Childhood Brain Skills Development Demonstration Regional Health Promotion Center 10 Ubon ratchtani.

The sample group was there were 35 caregivers of children aged 2-4 years, divided into 20 who had stopped using baby bottles and 15 who had not stopped using baby bottles. The research instrument was a questionnaire, divided into 3 Part is Part 1 General Characteristics Part 2 Measure: Caregiver's Knowledge on Using Bottle Feeding Part 3 Parent's Belief Test About the use of baby feeding bottles which has been verified for content validity by experts and test confidence using Cronbach's alpha method. By measuring beliefs and knowledge about the use of baby feeding bottles got a confidence value of 0.80 and 0.74 respectively. Data were collected between January 1 - February 28, 2021. Data were analyzed. by using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation. and inferring statistics such as Chi-Square test

## Abstract

The results showed that The majority of the bottle-feeding caregivers had knowledge and beliefs about the use of baby bottles at the level. moderate and high (50 percent and 55 percent, respectively). The majority of those who did not stop using bottles had knowledge and beliefs. Regarding the use of baby feeding bottles at a moderate level, 46.7% and 60%, respectively. The analysis of the relationship between knowledge, belief and the use of bottle feeding children aged 2-4 years found that knowledge and There was no statistical correlation between breastfeeding and quitting.

From the results of this study There should be a program or activity to develop knowledge about the use of bottles. Continuously raise the right children to the caregivers. To increase knowledge to solve caregivers in caring for good and quality children.

**Keywords :** Children 2-4 years old, Caregiver, Using a baby bottle, Stop using bottles

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัยของเด็ก นับว่าเป็นรากฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การสนับสนุนให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง ในสภาพสังคมปัจจุบันผู้หญิงต้องออกไปทำงานเพื่อช่วยหารายได้เลี้ยงครอบครัว ส่งผลให้บทบาทของแม่ที่จะอยู่บ้านและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นลดลง เด็กต้องได้รับการเลี้ยงดูจากบุคคลอื่นแทน ซึ่งพบว่าเด็กวัย 0-5 ปี จะได้รับการเลี้ยงดูจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดาในช่วงกลางวันถึงร้อยละ 55.5 โดยผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นปู่ย่า ตายาย หรือสถานรับเลี้ยงเด็กร้อยละ 21.8 และ 28.8 ตามลำดับ<sup>1</sup> และเป็นเหตุที่ทำให้การเลี้ยงดูเด็กต้องพึ่งนมผสมแทนนมแม่ ซึ่งผู้เลี้ยงดูก็มักจะใช้ขวดนมเป็นภาชนะบรรจุนมหรือของเหลวอื่น ๆ ในการเลี้ยงเด็ก

จากการศึกษาข้อมูลการใช้ขวดนมของเด็ก พบว่าหลังอายุ 1 ปี เด็กยังมีการใช้ขวดนมในอัตราที่สูงมาก ระหว่างปี ค.ศ.1998-1999 ประเทศอังกฤษ พบว่า เด็กอายุ 2 ปี ใช้แก้วดื่มนมเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ที่เหลือยังใช้ขวดนม<sup>1</sup> สำหรับการศึกษาในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2558-2559 พบว่าร้อยละของเด็กอายุ 0-23 เดือน ที่ดื่มของเหลวจากขวดที่มีจุลินทรีย์ในระหว่างวันที่ผ่านมา มีมากถึงร้อยละ 79.3 อุบัติการณ์หรือความชุกของการเลิกขวดนมช้าหรือการติดขวดนมของเด็ก มีรายงานทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การศึกษาในประเทศไทย ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีในคลินิกเด็กดี ปี พ.ศ. 2546-2550 พบว่าเด็กอายุมากกว่า 2 ปี ยังดูดขวดนมร้อยละ 70 ที่คลินิกโภชนาการปี พ.ศ. 2545-2546 จำนวน 788 ราย พบว่าเด็กอายุมากกว่า 18 เดือนและมากกว่า 2 ปี ยังดูดขวดนม ร้อยละ 78 และ 67 ตามลำดับ และเด็กอายุมากที่สุดของที่ยังดูดขวดนมตอนกลางคืน คือ 9 ปี 5 เดือน ซึ่งถือว่าเป็นเด็กโตและดูดขวดนมมานานมาก เด็กไทยมีการดูดขวดนมมากกว่าประเทศอื่น เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ประเทศแคนาดาเด็กอายุ 12-38 เดือน ยังดูดขวดนมร้อยละ 55 ประเทศสหรัฐอเมริกาเด็กอายุ 2 ปี และ 3 ปี ยังดูดขวดนมร้อยละ 20 และ 9 ตามลำดับ เด็กฮ่องกง หลังอายุ 2 ปี ยังดูดขวดนมร้อยละ 73 เด็กอายุ 3 ปีในรัฐแคลิฟอร์เนีย พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ยังดูดขวดนมตอนนอน<sup>2</sup> นอกจากนี้ จากการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ 2555 พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี ร้อยละ 43.3 ปราศจากฟันผุในฟันน้ำนมและปัญหาสำคัญที่ยังต้องการการดูแลเพิ่มเติม คือ เด็กอายุ 3 ปี ยังมีการใช้ขวดนมอยู่ถึงร้อยละ 39.4 ตลอดจนยังมีผู้ดูแลเด็กจำนวนมากที่ไม่ได้แปรงฟันซ้ำให้เด็ก และเด็กยังดูดขวดนมเกินช่วงอายุที่ควรเลิก ซึ่งสมาคมทันตแพทย์ สำหรับเด็กประเทศสหรัฐอเมริกา (American Academy of Pediatric Dentistry) แนะนำให้เลิกขวดนมเมื่อเด็กอายุ 12-18 เดือน<sup>3</sup>

ผลเสียของการเลิกดูดขวดนมช้าต่อสุขภาพของเด็กมีหลายด้าน ดังนี้ การดื่มนมปริมาณมาก เมื่อเด็กโตขึ้นมักเลิกดูดขวดนม จะดื่มนมจากแก้วหรือกล่องในปริมาณน้อย ต่างจากเด็กที่ยังดูดขวดนมจะกินนมปริมาณมาก การศึกษาในเด็กไทยที่ยังดูดขวดนม กินนมเฉลี่ยต่อวันมากกว่าเด็กที่ไม่ดูดขวดนมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาในแคนาดา พบว่าเด็กที่ดูดขวดนมจะบริโภคนมมากกว่าวันละ 16 ออนซ์ ซึ่งมากกว่าเด็กที่ดื่มนมจากแก้วอย่างมีนัยสำคัญ เป็นเหตุให้เด็กไม่กินอาหารอื่น ภาวะทุโภชนาการ การศึกษาพบว่า

การดูดขวดนมนานมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนในเด็ก หรือสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการดูดขวดนมนานขึ้น 1 เดือนจะมีโอกาสพบค่าดัชนีมวลกายสูงขึ้นร้อยละ 3 ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนสูงขึ้น ในประเทศไทยพบว่าเด็กที่เลิกดูดขวดนมช้า และกินนมมากกว่า 24 ออนซ์วัน จะพบโรคอ้วนมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เด็กที่ติดขวดนมออกกินนมปริมาณไม่มาก ทำให้พบภาวะน้ำหนักน้อยหรือขาดอาหาร การขาดสารอาหาร เนื่องจากการกินนมปริมาณมาก ทำให้ไม่กินข้าวหรืออาหารอื่น จึงขาดสารอาหารอื่นที่จำเป็น ได้แก่ ปัญหาของการขาดธาตุเหล็กในเด็กที่ดูดขวดนม โดยพบว่า การดูดขวดนมสัมพันธ์กับการลดลงของธาตุเหล็กในร่างกาย และเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การขาดธาตุเหล็กสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านพฤติกรรมและความจำซ้ำ ปัญหาฟันผุในเด็กมีสาเหตุจากการดูดขวดนมในระหว่างการนอนหลับในเวลาากลางคืน โดยมักมีฟันบนผู้ซึ่งเป็นลักษณะที่สำคัญของโรคฟันจากการดูดขวดนม (dental bottle caries) นอกจากนี้มักพบปัญหาของการสบฟันที่ผิดปกติ (malocclusion) โดยจะพบฟันเหยินหรือฟันบนมีลักษณะยื่นยาวออกมาด้านหน้ามากกว่าปกติ การขาดโอกาสพัฒนาการด้านการบดเคี้ยวอาหาร เด็กที่เลิกขวดนมช้าจะพบความบกพร่องในการเคี้ยวอาหาร มักกินอาหารโดยไม่เคี้ยว และกลืนกินอาหารพร้อมน้ำ การมีพฤติกรรมดูดนิ้ว มักพบในเด็กที่เลิกขวดนมช้า มีผลทำให้เกิดปัญหาของการสบฟันที่ผิดปกติตามมา<sup>2</sup>

จากรายงานการสำรวจเทคนิคการเลิกใช้ขวดนมของเด็กอายุ 1½ ปี- 3½ ปี ที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โครงการนาร่อง) <sup>4</sup> พบว่า เด็กที่เลิกขวดนมจำนวน 250 คน เป็นชายร้อยละ 56 และหญิงร้อยละ 44 เด็กร้อยละ 40 เริ่มฝึกหัดการใช้แก้วในช่วงอายุ 7 - 12 เดือน และเด็กร้อยละ 35 เลิกดูดขวดนมช่วงอายุ 17 - 24 เดือน ผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 32 ให้เด็กเลิกดูดขวดนมตามคำแนะนำของแพทย์ เทคนิคที่ผู้ปกครองใช้ในการเลิกดูดขวดนม ได้แก่ การหักดิบ ร้อยละ 40 ใช้เวลาเฉลี่ย 4.5 วัน และเทคนิคแบบค่อยเป็นค่อยไปร้อยละ 24 ใช้เวลาเฉลี่ย 36 วัน หลังเด็กเลิกขวดนมพบพฤติกรรมอมผ้า ขนหนูหรือสิ่งของอื่นๆร้อยละ 10 และดูดนิ้วร้อยละ 8 อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถเลิกขวดนม คือ ผู้เลี้ยงดูตามใจร้อยละ 89 ฟันผุ พบร้อยละ 28 ผู้ปกครองมีความเห็นว่าเด็กควรเลิกขวดนมที่ อายุ < 12 เดือน, 13 -18 เดือน, และ 19 - 24 เดือน คิดเป็น ร้อยละ 18, 25 และ 45 ตามลำดับ สรุป เด็กไทยมีการเตรียมความพร้อมไม่ดี ทำให้เลิกขวดนมช้า ผู้เลี้ยงดูนิยมให้เด็กเลิกขวดนมโดยการหักดิบมากที่สุด ซึ่งใช้เวลาสั้น อาจเป็นเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับเด็กโต เด็กอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปควรเริ่มฝึกใช้แก้วเป็นขั้นตอนตามพัฒนาการ ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกขวดนม ได้แก่ วัฒนธรรม การเลี้ยงดูเด็ก อาชีพของมารดา ความรู้ การศึกษา และรายได้ของผู้ปกครอง การให้ความรู้เรื่องผลดีผลเสียของการเลิกขวดนมก่อนอายุ 1 ปี โดยอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ และการประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ อาจเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ต่อการใช้ขวดนมอย่างเหมาะสม

ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพของเด็กที่อาจจะเกิดตามมาจากการใช้ขวดนมที่นานเกินไป ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ดังกล่าว จึงต้องการศึกษาถึงความรู้ ความเชื่อของผู้เลี้ยงดูเด็กที่เลิกใช้ขวดนมในการเลี้ยงเด็กที่มีอายุ 2-4 ปี แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในการเลี้ยงดูเด็กที่มีปัญหาสุขภาพนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมายทั้ง ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดู ปัจจัยด้านตัวเด็ก รวมถึงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาถึงความรู้ความเชื่อการเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กที่อายุ 2-4 ปี เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลสนับสนุนในการกำหนดแนวทางในการวางแผนแก้ปัญหาการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กที่อายุเกิน 2 ปี และเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพของเด็กที่เหมาะสมต่อไป

### **วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ของผู้เลี้ยงดู ที่มารับบริการ ที่ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ของผู้เลี้ยงดูที่มารับบริการที่ ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความเชื่อกับการเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ของผู้เลี้ยงดูที่มารับบริการที่ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

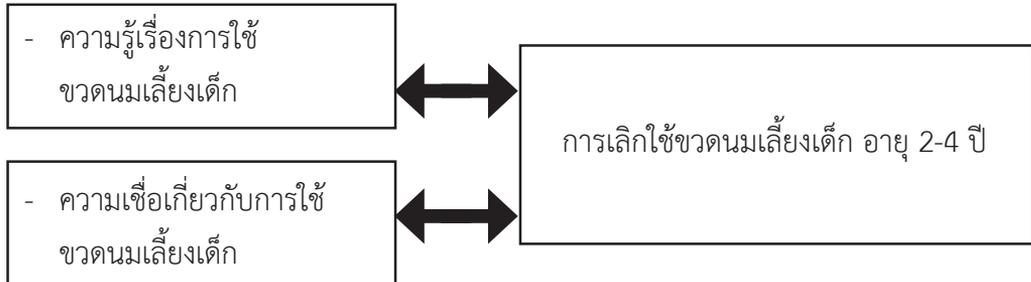
### **สมมุติฐานการวิจัย**

ระดับความรู้และระดับความเชื่อมีความสัมพันธ์กับการเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ของผู้เลี้ยงดูที่มารับบริการที่ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่สนใจศึกษา ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก
3. การเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก



## วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross Sectional Descriptive Research)

### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 2-4 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จำนวน 35 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้เลี้ยงดูของเด็กอายุ 2-4 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในเดือนกุมภาพันธ์- มีนาคม พ.ศ.2564 จำนวน 35 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่เลิกใช้ขวดนม 20 คน และกลุ่มที่ยังไม่เลิก 15 คน

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากกรอบแนวคิดโดย แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้ของผู้เลี้ยงดูเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก เป็นแบบวัดความรู้ จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่ทราบได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน

ตอนที่ 3 ความเชื่อของผู้เลี้ยงดูเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน

### **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

ด้วยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ คือ ดร.สมหมาย คชนามตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และเมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้น นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้เลี้ยงดูที่ใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมตเทศบาลตำบลเมืองศรีโค ซึ่งมีคุณลักษณะของผู้เลี้ยงดูเด็กที่คล้ายกับประชากรที่ศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของ Cronbach (Cranbach's alpha Coefficiency) โดยแบบสอบถามวัดความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80 ส่วนแบบสอบถามด้านความรู้เรื่องการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74 ตามลำดับ

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและคณะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการ ทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และแจ้งผู้เกี่ยวข้อง
2. ฝึกอบรมวิธีการเก็บข้อมูลและชี้แจงแบบสอบถาม ในแต่ละข้อคำถามให้แก่ผู้ช่วย การวิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรของศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จำนวน 8 คน ให้เข้าใจในแนวทางเดียวกัน แล้วให้ ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามกับผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ของการวิจัย คนละ 5 ราย ก่อนเก็บข้อมูลจริง
3. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน โดยการสอบถามผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 2-4 ปี ที่มาใช้บริการที่ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ.2564 ก่อนดำเนินการสอบถามผู้ช่วย การวิจัยจะสอบถาม ความยินยอมเพื่อให้สอบถามและให้ผู้เลี้ยงดูเด็กลงชื่อให้ความ ยินยอมในใบยินยอมให้ทำการวิจัย (Informed consent form) ก่อน จากนั้นจึงได้ ดำเนินการสอบถามผู้เลี้ยงดูเด็ก ช่วงที่มารับส่งเด็ก โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ในการสอบถามผู้เลี้ยงดูเด็กแต่ละราย จากนั้นนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาลงหมายเลข แบบสอบถาม แล้วลงรหัสในแบบฟอร์ม ตรวจสอบข้อมูลในแบบสอบถามกับฟอร์ม ลงรหัส และป้อนข้อมูลของคำตอบโดยการใส่ โปรแกรมสำเร็จรูป ในการประมวลผล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

และประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ด้านคุณลักษณะ ด้านปัจจัยนำ และด้านปัจจัยเอื้อ โดยการหาค่าความถี่ และค่าร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามตอนที่ 2 เกี่ยวกับความรู้ของผู้เลี้ยงดูเรื่องการใช้ชวตนมเลี้ยงเด็ก โดยการคำนวณหาจำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบถูกแยกเป็นรายข้อ และแปลความหมายเปรียบเทียบกับเกณฑ์ โดยได้พิจารณาแบ่งระดับความรู้ของ ผู้เลี้ยงดู เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom<sup>5</sup> ดังต่อไปนี้

ระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วง 12-15 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80-100

ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 9-11 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 60-79

ระดับต่ำ คะแนนอยู่ในช่วง 1-8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 1-59

3. การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามตอนที่ 3 ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดของผู้เลี้ยงดูเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก ให้คะแนนตามน้ำหนักที่กำหนด 5 ระดับ<sup>6</sup> คือ

5 หมายถึง มีความเชื่อตามข้อความนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง มีความเชื่อตามข้อความนั้นอยู่ในระดับมาก

3 หมายถึง มีความเชื่อตามข้อความนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

2 หมายถึง มีความเชื่อตามข้อความนั้นอยู่ในระดับน้อย

1 หมายถึง มีความเชื่อตามข้อความนั้นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การแปลความหมายระดับจากค่าคะแนนความเชื่อ โดยได้พิจารณาแบ่งระดับความเชื่อของผู้เลี้ยงดู เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom<sup>5</sup> ดังต่อไปนี้

ระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วง 60-75 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80-100

ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 45-59 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 60-79

ระดับต่ำ คะแนนอยู่ในช่วง 1-44 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 1-59

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ ความเชื่อกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ

2-4 ปี ที่มารับบริการ ที่ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi – Square test)

#### **ผลการวิจัย**

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความรู้และความเชื่อของผู้เลี้ยงดูทั้งที่เลิกใช้และยังไม่เลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 2-4 ปี จำนวน 35 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่เลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กแล้ว 20 คนและกลุ่มที่ยังไม่เลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก 15 คน โดยเลือกผู้เลี้ยงดูเด็กทุกคนที่มารับบริการที่ศูนย์สาธิตฯ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ตอนที่ 2 แบบวัด ความรู้ของผู้เลี้ยงดูเรื่องการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก ตอนที่ 3 แบบวัดความเชื่อของผู้เลี้ยงดู เกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค โดยแบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80 แบบแบบสอบถามด้านการได้รับข้อมูลความรู้เรื่องการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.74 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ (Chi – Square test)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เลี้ยงดูกลุ่มที่เลิกใช้ขวดนมและผู้เลี้ยงดูกลุ่มไม่เลิกใช้ขวดนม ส่วนใหญ่เป็นแม่ ร้อยละ 80 และร้อยละ 93.3 มีอายุระหว่าง 25-35 ปี ร้อยละ 55 และร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เหมือนกัน ร้อยละ 60 และ 66.6 ตามลำดับ กลุ่มที่เลิกใช้ขวดนม ส่วนใหญ่อาชีพลูกจ้างหรือพนักงานของรัฐ ร้อยละ 40 และกลุ่มที่ยังไม่เลิกใช้ขวดนมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 33.3 ผู้เลี้ยงดูกลุ่มที่เลิกใช้ขวดนมมีรายได้เพียงพอและไม่เพียงพอต่อรายจ่าย เท่ากัน ร้อยละ 50 และกลุ่มที่ยังไม่เลิกใช้ขวดนมส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 60 ผู้เลี้ยงดูกลุ่มที่เลิกใช้ขวดนมส่วนใหญ่เคยดูแลเด็ก 0-5 ปีมาก่อน ร้อยละ 55 ส่วนในกลุ่มที่ยังไม่เลิกใช้ขวดนมพบไม่เคยดูแลเด็ก 0-5 ปีมาก่อน ร้อยละ 53.3 เด็กส่วนใหญ่พบว่าเลิกใช้ขวดนมเมื่ออายุ 1 และ 2 ปี ร้อยละ 15 รองลงมาคือ 1.6, 2.6 และ 3 ปี ร้อยละ 10.00 อายุเฉลี่ยที่เลิกใช้ขวดนม คือ 2 ปี อายุที่เลิกใช้ขวดนม น้อยสุด 1 ปี อายุมากที่สุด 4 ปี 1 เดือน พบส่วนมากเด็กเพศชายเลิกใช้ขวดนม ร้อยละ 60 และเลิกใช้ขวดนมมากที่สุดช่วงอายุ 3 ปี 6 เดือน - 3 ปี 11 เดือน ร้อยละ 30 ส่วนในเด็กที่ยังไม่เลิกใช้ขวดนมเป็นเพศชาย และเพศหญิงในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 46.7 และ 53.3 ตามลำดับ

**ระดับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ของผู้เลี้ยงดู**

ด้านความรู้พบว่า ผู้เลี้ยงดูกลุ่มที่เลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอย่างถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือมีความรู้ถูกต้องอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50 และ 30 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ยังไม่เลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอย่างถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือมีความรู้ถูกต้องอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 46.7 และ 40 ตามลำดับ

ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้เลี้ยงดูเด็กจำแนกตามระดับความรู้ และการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก 2-4 ปี

ระดับความรู้	เลิกใช้ขวดนม (n=20)		ยังไม่เลิกใช้ขวดนม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (12-15)	6	30.0	6	40.0
ระดับปานกลาง (9-11)	10	50.0	7	46.7
ระดับต่ำ (0-8)	4	20.0	2	13.3

ระดับความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ของผู้เลี้ยงดู ด้านความเชื่อ พบว่า ผู้เลี้ยงดูกลุ่มที่เลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กที่ต้องอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือมีความเชื่อที่ต้องอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55 และ 40 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ยังไม่เลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก มีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กที่ต้องอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือมีความเชื่อที่ต้องอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60 และ 26.7 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของของผู้เลี้ยงดูเด็กจำแนกตามระดับความเชื่อและการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก 2-4 ปี

ระดับความเชื่อ	เลิกใช้ขวดนม (n=20)		ยังไม่เลิกใช้ขวดนม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (60-75)	11	55.0	4	26.7
ระดับปานกลาง (45-59)	8	40.0	9	60.0
ระดับต่ำ (1-44)	1	5.0	2	13.3

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความเชื่อกับการเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ของผู้เลี้ยงดู

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และความเชื่อ กับการเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก พบว่า ความรู้และความเชื่อ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก 2-4 ปี ของผู้เลี้ยงดู ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความเชื่อกับการเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก 2-4 ปี ของผู้เลี้ยงดู

ตัวแปร	การเลิกขวดนม		$\chi^2$	df	p
	เลิก	ไม่เลิก			
<b>ความรู้</b>			0.813	2	0.666
สูง	6(60.0)	4(40.0)			
ปานกลาง	10(62.5)	6(37.5)			
ต่ำ	4(44.4)	5(55.6)			
<b>ความเชื่อ</b>					
สูง	11(77.3)	4(22.7)	3.006	2	0.222
ปานกลาง	8(47.1)	9(52.9)			
ต่ำ	1(33.3)	2(66.7)			

## อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ระดับความรู้เรื่องการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปีของผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับ ปานกลาง อภิปรายได้ว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จึงน่าจะมีส่วนทำให้ผู้เลี้ยงดูสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กจากสื่อต่างๆ ได้ง่าย ส่งผลให้มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก อยู่พอควร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันธมาศ ชนะนะ<sup>1</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก อายุ 2-4 ปี ที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลค่ายสุรนารี พบว่าผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนความรู้เรื่องการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มที่เลิกใช้ขวดนมมีร้อยละ 36.57 และกลุ่มที่ยังไม่เลิกใช้ขวดนมมีร้อยละ 52.57

2. จากการวิจัยที่พบว่าระดับความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ของผู้เลี้ยงดูที่เลิกใช้ขวดนมส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กในระดับสูง ร้อยละ 55 ส่วนกลุ่มที่ยังไม่เลิกใช้ขวดนมส่วนใหญ่ มีความเชื่อที่ผิด ระดับปานกลาง ร้อยละ 60 อภิปรายได้ว่าแม่ผู้เลี้ยงดูมีความเชื่อที่ผิดในระดับสูงแต่ยังมีพฤติกรรมที่เหมาะสมคือเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กเมื่อถึงวัยและเวลาที่ควร แสดงให้เห็นว่าสิ่งที่ส่งผลพฤติกรรมมีหลายปัจจัยนอกเหนือจากปัจจัยด้านความเชื่อ อย่างที่ Jitpitak<sup>7</sup> อธิบายว่าสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ด้านที่เป็นลักษณะนิสัยส่วนตัวของมนุษย์แต่ละคน ประกอบด้วย ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติหรือเจตคติ และบุคลิกภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดุลยรัตน์ โถวประเสริฐ<sup>8</sup> ที่ศึกษาผลของการอ่านสื่อนิทานต่อพฤติกรรมการเลิกใช้ขวดนมของเด็กและทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พบว่า เด็กปฐมวัยร้อยละ 50 สามารถเลิกขวดนมได้ และทัศนคติของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของพงศ์พัชรา พรหมเผ่า<sup>9</sup> ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .268, p < .001$ )

3.ความสัมพันธ์ของความรู้และความเชื่อกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็กพบว่า ความรู้และความเชื่อของผู้เลี้ยงดูเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกขวดนม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันธมาศ ชะนะ<sup>1</sup> ที่พบว่า ความเชื่อของผู้เลี้ยงดู เกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก ไม่มีผลต่อการเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชชุดา มัคสิงห์<sup>10</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในเขตเทศบาลนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าหากจะศึกษาคุณลักษณะของผู้เลี้ยงดูที่เกี่ยวข้องกับการเลิกใช้และไม่เลิกใช้ขวดนมในการเลี้ยงเด็ก ต่อไป ควรรู้ว่า ปัจจัยความรู้และความเชื่ออาจจะไม่ใช่คำตอบ

แต่อย่างไรก็ดีในการวิจัยครั้งนี้พบว่าทั้งความรู้และความเชื่อของผู้เลี้ยงดู เกี่ยวกับการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็ก ไม่มีผลต่อการเลิกใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ซึ่งอธิบาย ได้ว่าผู้เลี้ยงดูมีความรู้ที่มากพอและมีความเชื่อที่ผิดอยู่บางส่วน แต่ในการเลี้ยงดูเด็กในชีวิตประจำวัน นั้น ยังมีปัจจัย อื่น ๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้เลี้ยงดูในการเลิกใช้หรือยังคงไม่เลิกใช้ขวดนมในการเลี้ยงเด็ก อยู่อีกหลายปัจจัยทำให้ความรู้และความเชื่อที่มีเกี่ยวกับการใช้ขวดนมไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจโดยตรง

### **ข้อเสนอแนะ**

จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้และความเชื่อกับการเลิกขวดนมไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ผู้วิจัย จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลิกใช้ขวดนมด้วยวิธีต่างๆนอกจากการให้ความรู้ เช่น นิทาน เลิกขวดนม ถ่ายทอดประสบการณ์ โดยใช้กรณีศึกษาที่ได้รับผลเสียจากการเลิกขวดนมข้ามผ่านคลิปวิดีโอออนไลน์ผ่านทางออนไลน์ เช่นไลน์กลุ่มผู้ปกครอง เป็นต้น
2. จัดประกวดผู้ปกครองต้นแบบที่สามารถเลิกขวดนมได้

## เอกสารอ้างอิง

1. จันทมาส ชะนะ.ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ขวดนมเลี้ยงเด็กอายุ 2-4 ปี ที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจโรค กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลค่ายสุรนารี นครราชสีมา.[วิทยานิพนธ์] นครราชสีมา:มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา;2554.126หน้า
2. สุนทรี รัตนชูเอก.ขวดนมปัญหาของเด็กโรคอ้วน.[อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก<https://raipoong.com>.
3. จุฑามาส ภูมิโชติ.ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการแปรงฟัน การเลิกขวดนมของผู้ดูแลเด็กและฟันผุที่เพิ่มขึ้นของเด็ก.[วิทยานิพนธ์] สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2559.104 หน้า
4. อุษา ยิ้มสุวรรณ.การสำรวจเทคนิคการเลิกใช้ขวดนมของเด็กอายุ1½ ปี- 3½ ปี ที่มารับบริการที่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โครงการนาร่อง). [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพมหานคร:สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี;2552.75หน้า
5. Bloom BenjaminS.Taxonomy of education objectives,Handbook I:Cognitive domain.New York:David Mckay;1975.
6. บุญชม ศรีสะอาด.การวิจัยเบื้องต้น.พิมพ์ครั้งที่7.กรุงเทพฯ:สุวีริยาสาส์น;2545.หน้า2-5.
7. บุรฉัตร จันทร์แดง.ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม.วารสารวิชาการธรรม ทรรศน์2562; 4:236-241.
8. ดุลยรัตน์ โถวประเสริฐ.ผลของการอ่านสื่อนิทานต่อพฤติกรรมการเลิกใช้ขวดนมของเด็กและทัศนคติของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี.วารสารทันตภิบาล 2564;32:2-3.
9. พงศ์พัชรา พรหมเผ่า.ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กต่อพฤติกรรมการป้องกันการ ติดเชื้อ ในศูนย์เด็กเล็ก กรณีศึกษา ศูนย์เด็กเล็กจังหวัดพะเยานอน.[อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก<https://he01.tcithaijo.org/>.
10. วิชชุดา มัคสิงห์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน. [อินเทอร์เน็ต].2559. [เข้าถึงเมื่อ 16 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/scnet/article/view/68724>.

# บทความวิจัย

การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสร้างความรอบรู้  
ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
Comparison of output before and after receiving health literacy  
program in diabetic patients receive chronic disease clinic services  
of The Regional Health Promotion Center 10<sup>th</sup> Ubon Ratchathani

วรรณภา สันโตด\* Wannapa sandod\*

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และระดับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังเข้ารับโปรแกรมสร้างความรอบรู้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเรื้อรัง ปี 2564 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างความรอบรู้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ และการปฏิบัติของผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และค่าความเชื่อมั่นจากสูตรของครอนบาช ด้านความรู้ เท่ากับ 0.576 และด้านการปฏิบัติ เท่ากับ 0.664 เก็บรวบรวมข้อมูลแบบทดสอบกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563-28 กุมภาพันธ์ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมอยู่ระดับสูง ร้อยละ 93.3 และร้อยละ 100.0 ระดับการปฏิบัติตัวก่อนอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 76.7 และหลังอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 96.7 เมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ ส่วนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังพบมีการปฏิบัติตัวที่ดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.014$ ) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ดี แต่การปฏิบัติตนปานกลาง เมื่อเข้ารับโปรแกรมนี้แล้วช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักจนส่งผลต่อการปฏิบัติตนที่ดีขึ้น โดยเน้นเนื้อหาเรื่องสาเหตุของโรคและความสำคัญของการรักษาให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นถึงอันตรายที่เกิดขึ้นได้หากปฏิบัติไม่ถูกต้อง

**คำสำคัญ :** โปรแกรมสร้างความรอบรู้, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

\*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Kaijone\_9@hotmail.com

## Abstract

This study is a Pre-experiment Research objectives were to compare the Level of knowledge and Level of practice of diabetic patients after receiving the health literacy program. The sample group consisted of type 2 diabetes patients receive chronic disease, clinical services, year 2021, 30 people. The research was health literacy program and questionnaires which consisted of general information, knowledge test and patient practice test. Which has been verified for content validity by experts and analyzing the from Cronbach's formula using a program analysis of confidence in knowledge was 0.576 and practical was 0.664. Collect data by doing between October 1,2020-February 28,2021, the data analyzed using descriptive statistics, namely number, percentage, mean, standard deviation and is Paired t-test receiving health literacy program in diabetic patients

The results showed that the level of knowledge before and after the program was at a high level of 93.3% and 100.0%, the level of practice before was at the moderate level, 76.7%, and after the program was at a moderate level, 96.7% when comparing the knowledge before and after. Found no statistically different As for the practice before and after, there was a statistically significant increase in good practice ( $P=0.014$ ). This study shows that The sample group had good knowledge. But moderate conduct By accepting this program, it helps patients to have an awareness that leads to better behavior. Emphasis is placed on the cause of the disease and the importance of treatment. Let patients and caregivers see the dangers that can occur if not treated properly.

**Keywords :** Health literacy program, Diabetic patients

---

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความสำคัญระดับโลก ซึ่งนานาชาติต่างให้ความสำคัญในการดูแล ปรนรังค์ เพื่อลดความชุกของการเกิดโรคเบาหวาน สมาพันธ์เบาหวานโลกคาดการณ์ว่าในปี 2583 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 642 ล้านรายทั่วโลก และในประเทศไทย จะมีเพิ่มขึ้นเป็น 5.3 ล้านราย แต่ละวันจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ 200 คน หรือ 8 คนต่อชั่วโมง และมีเพียง 10% ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีชีวิตอยู่โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ องค์การอนามัยโลก หรือ WHO <sup>1</sup> ได้ระบุให้หยุดการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานเป็นเป้าหมายหนึ่งในเก้าเป้าหมายของการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประเทศไทยก็ให้ความสำคัญเช่นกัน โดยได้บรรจุให้โรคเบาหวานอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ.2554-2563<sup>2</sup> และรวมไปถึง UNDP หรือโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติได้ร่วมมือกับรัฐบาลไทย โดยการสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อรณรงค์ในการต่อสู้กับโรคเบาหวาน ในปี 2560 ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจากจีน อินเดีย และญี่ปุ่น และในปี 2563 สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย<sup>3</sup> เผยสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวนกว่า 5 ล้านคนหรือเปรียบเทียบกับ 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปี ขึ้นไป กำลังป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 1 แสนคนต่อปี โดยจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 40 ที่ไม่รู้ว่าเป็นผู้ป่วยขณะที่ได้รับการวินิจฉัย และดูแลรักษามีเพียงร้อยละ 54.1 หรือเพียง 2.6 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 3 คนที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา ทำให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย เสียชีวิตมากถึง 200 รายต่อวัน ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จำนวนและอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ต่อประชากรแสนคน ในปี 2559-2562 ของเขตบริการสุขภาพที่ 10 (ศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร) จำนวน 1,210 อัตรา 26.33 จำนวน 1,139 อัตรา 24.75 จำนวน 1,183 อัตรา 25.68 ตามลำดับ<sup>3</sup> จากปัญหานี้นำมาซึ่งสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพในประชากรยังพบพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการเพิ่มขึ้นของอัตราการใช้บริการด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็นและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์นำไปสู่ความสนใจในปัจจุบันส่วนบุคคล คือความสามารถในเข้าถึง ทำความเข้าใจประเมินและประมวลผลจากข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ จนนำไปสู่การตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อจัดการสุขภาพของตนเอง เรียกว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” จากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562 พบว่า คนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ 88.72

(ร้อยละ 65) และร้อยละ 19.09 ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (แผนภูมิ 2) โดยพบคนไทย 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 19 หรือ 10 ล้านคน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะใช้ข้อมูล ข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพของตนเองได้ โดยเฉพาะเรื่องผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ น้อยที่สุด 2.41 คะแนน รองลงมาการบริการสุขภาพ 2.46 คะแนน<sup>4</sup> และวิชระ เพ็งจันทร์<sup>5</sup> กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน(Basic/Functional literacy) ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative /interactive literacy) และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical literacy) ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น แต่ถ้าหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับสูงหรือเพียงพอ (Adequate) ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี (Health outcome)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนคลินิกโรคเรื้อรังที่รับยา จำนวน 125 คน จากการให้บริการพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยยังพบปัญหาด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยพบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เรื่อง การมาตรวจตามนัดการรับประทานอาหาร และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังเข้ารับโปรแกรมสร้างความรอบรู้

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment Research)

#### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการขึ้นทะเบียนคลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประจำปี 2564 จำนวน 120 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นแบบเจาะจง (purposive sampling) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการทะเบียนคลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประจำปี 2564 จำนวน 30 คน ซึ่งคำนวณโดยใช้สูตร Two dependent ของ App N4Studies จากผลการวิจัยของศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล<sup>6</sup> ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพ

ของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองระหว่างเข้าโปรแกรมกับหลังเข้าโปรแกรม มีผลต่างคะแนนก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเท่ากับ 0.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ก่อน และหลังเข้าโปรแกรม เท่ากับ 1.3 ตามลำดับ เมื่อกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจในการทดสอบคือ 95 ผลต่างคะแนนความรู้ (เดลต้า) = 15.1-14.3 = 0.8 ดังนี้

$$n = \frac{(Z_1 - \alpha + Z_1 - \beta)^2 \sigma^2}{2\Delta^2}$$

Standard deviation ( $\sigma$ ) = 1.3      Differenced data between 2 group ( $\Delta$ ) = 0.8  
 Alpha ( $\alpha$ ) = 0.05      Beta ( $\beta$ ) = 0.20  
 n = 21

เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 40 เป็น 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมสร้างความรอบรู้ ปรับมาจากอุทัย เจริญจิตต์7 รูปแบบการจัดกิจกรรม 4 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ ครั้งละ 30-40 นาที ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 เพื่อนช่วยเพื่อน

กิจกรรมที่ 2 ฝึมอง

กิจกรรมที่ 3 ดูแลใส่ใจ

กิจกรรมที่ 4 ชีวิตเป็นของเรา

โดยการเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเอกสารความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน มีลักษณะเป็นปรนัย เลือกตอบมี 2 ตัวเลือก ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 21 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ถ้าถูก ให้ 1 คะแนน ผิด ให้ 0 คะแนน การแบ่งระดับความรู้อิงเกณฑ์ของ Bloom แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้ 0-12.6 คะแนน ระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 คะแนน 12.3-16.6 ระดับปานกลาง และเท่ากับร้อยละ 80คะแนนขึ้นไป คะแนน 16.7-21.0ระดับสูง ส่วนที่ 3 แบบทดสอบ การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 16 ข้อ ลักษณะ คำถาม เป็นแบบมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าปฏิบัติประจำ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 1คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ ปฏิบัติประจำ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 3 คะแนน อิงเกณฑ์ของ Bloom แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้ 16- 28.8 คะแนน ระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 ได้ 28.9-37.9 คะแนน ระดับปานกลาง และเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้คะแนน 38.0-48.0 ระดับสูง

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรง (Validity)** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาพ และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

**การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ด้านความรู้เท่ากับ 0.576 และด้านการปฏิบัติ เท่ากับ 0.664

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สํารวจจำนวนกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง และคัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การศึกษา เทคนิคและขั้นตอนการดำเนินการ พร้อมยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ

2. จัดทำแบบบันทึกผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสร้างความรอบรู้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ให้ผู้ป่วยเบาหวาน ทำแบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนการทดลอง

3.2 ดำเนินการให้โปรแกรมสร้างความรอบรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 4 ครั้ง

3.3 ให้ผู้ป่วยเบาหวานทำแบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตัว หลังการทดลอง เมื่อเก็บ รวบรวมข้อมูลเสร็จในแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistic) คือ สถิติ Paired t-test

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	18	60.0
หญิง	12	40.0
<b>อายุ (ปี)</b>		
40-49	4	13.3
50-59	8	26.7
60 ขึ้นไป	18	60.0
$\bar{X}$ = 59.8 S.D.=8.44		
<b>สถานภาพ</b>		
คู่	26	86.7
โสด	3	10.0
หม้าย /หย่า/แยก	1	3.3
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ	14	46.7
รับจ้าง	3	10.0
เกษตรกรกรรม	2	6.7
ค้าขาย	2	6.7
อื่นๆ	9	30.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	1	3.3
ประถมศึกษา	4	13.3
มัธยมศึกษา	2	6.7
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	10.0
ปริญญาตรี	16	53.3
สูงกว่าปริญญาตรี	4	3.3
<b>รายได้ (บาท)</b>		
น้อยกว่า 5,000	2	6.7
5,000 – 14,999	4	13.3
15,000- 24,999	6	20.0
25,000 ขึ้นไป	18	60.0
$\bar{X}$ = 29,229 S.D.= 17,255.35		
<b>ระยะเวลาการป่วยโรคเบาหวาน (ปี)</b>		
1-5	14	46.7
6-10	10	33.3
10 ปี ขึ้นไป	6	20.0
$\bar{X}$ = 8.36 S.D.= 7.16		
<b>โรคแทรกซ้อน</b>		
ไม่มี	14	46.7
มี	16	53.3
ระบุ HT	6	20.0
HT,DLP	5	16.7
ตามัว	1	3.3

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 60.3, อายุเฉลี่ย 59.8 ปี กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 60.0 สถานภาพคู่ ร้อยละ 86.7 รับราชการ ร้อยละ 46.7 จบปริญญาตรี ร้อยละ 53.3 มีรายได้เฉลี่ย 29,299 บาท ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 8.36 ปี อยู่ช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 46.7 มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 53.3 คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดและตามัว ตามลำดับ

## 2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกตามที่ตอบถูกต้องและหลังให้ความรู้

ข้อที่	ความรู้	ก่อน	หลัง
		ร้อยละ	ร้อยละ
1	อาการปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด ตื่นน้ำมาก หิวบ่อยเป็นอาการแสดงที่เด่นชัดพบเห็นได้ในคนป่วยเป็นโรคเบาหวาน	86.7	100.0
2	โรคเบาหวานเมื่อเป็นแผล แผลมักจะหายยาก	90.0	100.0
3	โรคเบาหวานเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้	93.3	100.0
4	โรคเบาหวานเป็นโรคติดต่อทางเลือดได้	70.0	70.0
5	โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ	90.0	73.3
6	คนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เช่น คนอ้วน น้ำหนักเกิน	90.0	83.3
7	ผู้ป่วยที่มีอาการกระสับกระส่าย มือสั่น ใจสั่น ตาลาย ตัวเย็น คล้ายจะเป็นลม นั่นคือผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	93.3	96.7
8	โรคเบาหวานอาจมีอาการชาปลายมือปลายเท้าได้	93.3	83.3
9	โรคเบาหวานอาจมีอาการสายตาวามมองไม่ชัดได้	100.0	100.0
10	โรคเบาหวานควรพกถุงอมและบัตรประจำตัวผู้ป่วยติดตัว	100.0	86.7
11	โรคเบาหวานจะตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับคนทั่วไปปกติ	100.0	83.3
12	การตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลในเลือดควรงดอาหารและน้ำ 6-8 ชม. สัปดาห์	93.3	83.3
13	โรคเบาหวานควรออกกำลังกาย 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	96.7	90.0
14	โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้	70.0	86.7
15	โรคเบาหวานไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย	90.0	86.7
16	ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญมี 2 ชนิด ยาอินและยาฉีด	93.3	100.0
17	ผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดรับประทานยารักษาโรคเบาหวานเองได้เมื่อรู้สึกดีขึ้น	100.0	90.0
18	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร จำพวกแกงกะทิ อาหารทอดมันๆ มะขามหวาน มะม่วงสุก	90.0	100.0
19	ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน จากผู้ป่วยเบาหวานคนอื่นได้ เมื่อยาของตนเองหมด	93.3	93.3
20	การตัดเล็บเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานควรตัดให้โค้งมนสั้นชิดผิวหนัง	60.0	86.7
21	รองเท้าผู้ป่วยเบาหวานควรเป็นรองเท้าที่สวมใส่พอดีไม่รัดแน่นพื้นนุ่ม	100.0	93.3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	MeanDiff	95%CI	t	P
ก่อน	18.66	1.68	0.20	-0.93-0.53	0.55	0.583
หลัง	18.86	1.43				

ก่อน  $\bar{x}$  = 18.66, S.D.= 1.68, Min=14, Max=21, หลัง  $\bar{x}$  = 18.86, S.D.=1.43, Min=16, Max=21

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนให้ความรู้ ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ร้อยละ 100 คือ โรคเบาหวาน อาจมีอาการสายตาวุ่นมองไม่ชัดได้ โรคเบาหวานควรพกกลูโคมและบัตรประจำตัวผู้ป่วยติดตัว โรคเบาหวานจะตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับคนทั่วไปปกติ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดรับประทานยารักษาโรคเบาหวานเองได้เมื่อรู้สึกดีขึ้น และรองเท้าของผู้ป่วยเบาหวานควรเป็นรองเท้าที่สวมใส่พอดี ไม่รัดแน่นพื้นนุ่ม และตอบผิดมากที่สุด คือ โรคเบาหวานเป็นโรคติดต่อทางเลือดได้ ร้อยละ 70 และโรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 70 หลังให้ความรู้ ข้อที่ตอบถูกลดลง คือ คนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เช่น คนอ้วน น้ำหนักเกิน, โรคเบาหวาน อาจมีอาการชาปลายมือปลายเท้าได้, การตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลในเลือดควรงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 6-8 ชม., โรคเบาหวานควรออกกำลังกาย 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์, โรคเบาหวาน ไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารและการออกกำลังกายและผู้ป่วยเบาหวานสามารถหยุดรับประทานยารักษาโรคเบาหวานเองได้เมื่อรู้สึกดีขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ก่อนอยู่ระดับปานกลาง  $\bar{x}$  = 18.66 (S.D.= 1.68) และหลังระดับสูง  $\bar{x}$  = 18.86 (S.D.=1.43) ดังตารางที่ 3

### 3. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกตามการปฏิบัติตนก่อนเข้าโปรแกรม

การปฏิบัติ	การปฏิบัติ		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. รับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ	36.7	46.7	16.7
2. รับประทานอาหารประเภท แกรงกะทิ และอาหารทอดๆ มันๆ	13.3	83.3	3.3
3. ควบคุมอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล	26.7	60.0	13.3
4. ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาตองเหล้า	16.7	36.7	46.7
5. รับประทานผลไม้จำพวก มะขามหวาน ลำไย มะม่วงสุก ขนุน	6.7	73.3	20.0
6. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	66.7	6.7	26.7
7. เพิ่มหรือลดจำนวนยารักษาโรคเบาหวาน ด้วยตนเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	26.7	6.7	66.7
8. หยุดรับประทานยารักษาโรคเบาหวานเมื่อเวลาที่ท่านเจ็บป่วย เช่น เป็นไข้หวัด เป็นโรคกระเพาะ อ่อนเพลีย	56.7	16.7	26.7
9. ออกกำลังกายแต่ละครั้งทำติดต่อกัน อย่างน้อย 30 นาที	30.0	53.3	16.7
10. ออกกำลังกายอย่างน้อย 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	33.3	66.7	23.3
11. ออกกำลังกาย เช่น การเดิน การทำสวน ตักน้ำ ภูบ้าน	50.0	23.3	26.7
12. ตัดเล็บเท้าของท่านเป็นแนวตรง	36.7	40.0	23.3
13. มีแผลหรือมีอาการอักเสบที่เท้าท่านปรึกษาแพทย์ทันที	46.7	30.0	23.3
14. ตรวจเท้าด้วยตัวเองทุกวัน	53.3	20.0	26.7
15. ใส่รองเท้าที่ไม่บีบรัดและปิดปลายเท้า	50.0	26.7	23.3
16. ป้องกันการเกิดแผลที่เท้า	63.3	10.0	26.7

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกตามการปฏิบัติตนหลังเข้าโปรแกรม

การปฏิบัติ	การปฏิบัติ		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. รับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ	100.0		
2. รับประทานอาหารประเภท แกงกะทิ และอาหารทอดๆ มันๆ		16.7	83.3
3. ควบคุมอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล	86.7	13.3	
4. ต้มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาดองเหล้า		3.3	96.7
5. รับประทานผลไม้จำพวก มะขามหวาน ลำไย มะม่วงสุก ขนุน		3.3	96.7
6. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	93.3	6.7	
7. เพิ่มหรือลดจำนวนยารักษาโรคเบาหวาน ด้วยตนเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์		16.7	83.3
8. หยุดรับประทานยารักษาโรคเบาหวานเมื่อเวลาที่ท่านเจ็บป่วย เช่น เป็นไข้หวัด เป็นโรคกระเพาะ อ่อนเพลีย		13.3	86.7
9. ออกกำลังกายแต่ละครั้งทำติดต่อกัน อย่างน้อย 30 นาที	96.7	3.3	
10. ออกกำลังกายอย่างน้อย 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	70.0	30.0	
11. ออกกำลังกาย เช่น การเดิน การทำสวน ตักน้ำ ถูบ้าน	86.7	13.3	
12. ตัดเล็บเท้าของท่านเป็นแนวตรง		36.7	63.3
13. มีแผลหรือมีอาการอักเสบที่เท้าท่านปรึกษาแพทย์ทันที	70.0	30.0	
14. ตรวจสอบเท้าด้วยตัวเองทุกวัน	96.7	3.3	
15. ใส่รองเท้าที่ไม่บีบรัดและปิดปลายเท้า	73.3	26.7	
16. ป้องกันการเกิดแผลที่เท้า	76.7	23.3	

จากตารางที่ 4-5 พบว่า ก่อนมีการปฏิบัติตนมากที่สุด คือ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 66.7 และป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ร้อยละ 63.3 ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ หยุดรับประทานยา รักษาโรคเบาหวานเมื่อเวลาที่เจ็บป่วย เช่น เป็นไข้หวัด เป็นโรคกระเพาะ อ่อนเพลีย ร้อยละ 56.7 และเพิ่มหรือลดจำนวนยารักษาโรคเบาหวานด้วยตนเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ร้อยละ 26.6 และหลังมีถูกมากที่สุด คือ รับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ ร้อยละ 100.0 ออกกำลังกาย ทำติดต่อกัน อย่างน้อย 30 นาที ตรวจเท้าด้วยตัวเองทุกวัน ร้อยละ 96.7 ปฏิบัติไม่ถูกที่สุด คือ ออกกำลังกายอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 70.0 ใส่รองเท้าที่ไม่บีบรัดและปิดปลายเท้า ร้อยละ 73.3

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกตามระดับการปฏิบัติตน

ระดับการปฏิบัติ (คะแนน)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-28)	3	10.0	-	-
ปานกลาง (29-38)	23	76.7	29	96.7
สูง (39-48)	7	13.3	1	3.3

ก่อน  $\bar{X}$  = 33.23, S.D. = 4.11, Min=25, Max=41 , หลัง  $\bar{X}$  = 35.40 S.D. = 1.69, Min=32, Max=39

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตนก่อนและหลังการให้ความรู้

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	Mean Diff	95%CI	t	P
ก่อนให้ความรู้	33.23	4.11	2.16	- 3.86-0.47	26.13	0.014
หลังให้ความรู้	35.40	1.69				

จากตารางที่ 6-7 ระดับการปฏิบัติตนก่อนห้อยู่ระดับปานกลาง = 33.23 (S.D.= 4.11) ร้อยละ 76.7 และหลังอยู่ระดับปานกลาง  $\bar{X}$  = 35.40 (S.D.=1.69) ร้อยละ 96.7 เปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่าก่อนให้ความรู้คะแนนเฉลี่ย 33.23 (S.D.=4.11) และหลังให้ความรู้คะแนนเฉลี่ย 35.40 (S.D. =1.69) มีความแตกต่างทางสถิติ (P=0.014)

## การอภิปรายผล

จากการครั้งนี้ศึกษาครั้งนี้ โปรแกรมสร้างความรอบรู้ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีความรู้ในระดับดี จึงทำให้เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังจึงทำให้มีความรู้ไม่แตกต่างทางสถิติ แต่มีการปฏิบัติตัวมีความแตกต่างกันถึงแม้จะอยู่ระดับปานกลาง แต่พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กระบวนการของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งโปรแกรมสร้างความรอบรู้ที่ปรับมาจากอุทัย เจริญจิตต์<sup>7</sup> โดยรูปแบบของการจัดกิจกรรม มีทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30-40 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมที่ 2 ฝึมอง กิจกรรมที่ 3 ดูแลใส่ใจ และกิจกรรมที่ 4 ชีวิตเป็นของเรา เป็นการเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเอกสารความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้พูดคุยในประเด็นภาวะสุขภาพของตนเอง และสร้างการรับรู้ของผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลเท้า การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพความรู้สึของผู้ป่วยที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลหรือสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับอุทัย เจริญจิตต์<sup>7</sup> การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า หลังเข้าร่วมความรอบรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์ธา สุวรรณอยู่ศิริ และรักชนก จันทร์เพ็ญ<sup>8</sup> พบหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลนาแนวคิดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อให้พยาบาลได้มีทักษะและแนวทางในการวางแผน รูปแบบการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อลดค่าน้ำตาลในเลือดเป็นรายบุคคล

## ข้อเสนอแนะ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานคือโรคเบาหวานเป็นความผิดปกติที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ โรคเบาหวานเป็นโรคติดต่อทางเลือดได้ เป็นข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด 2 ลำดับแรก ดังนั้นจึงควรมี การให้ความรู้ ในเรื่องสาเหตุของโรคเบาหวานให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง
2. การปฏิบัติของผู้ป่วยเบาหวานคือหยุดรับประทานยารักษาโรคเบาหวานเมื่อเวลาที่เจ็บ ป่วย เช่น เป็นไข้หวัด เป็นโรคกระเพาะ อ่อนเพลีย และเพิ่มหรือลดจำนวนยารักษาโรคเบาหวานด้วยตนเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ซึ่งไม่ถูกต้อง ควรมีการให้ความรู้เพิ่มเติม โดยเน้นเนื้อหาเรื่องความตระหนักถึงการรักษาโรคเบาหวาน ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นถึงอันตรายที่เกิดขึ้นจากการรักษาโรคเบาหวานไม่ถูกวิธี

## เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย.สถิติเบาหวานทั่วโลก. [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก : <http://dmthai.org>
2. สำนักกระบาดวิทยา.โรคเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th>
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ.ประเด็นสารธรรมรงค์วันเบาหวานโลก ประจวบคีรีขันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaincd.com>
4. วิมล โรมา มุกดา สำนักกลาง และสายชล คล้อยเอี่ยม.การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562 .กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
5. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ.เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย.กรมอนามัย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
6. ศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล.การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการใน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2553
7. อุทัย เจริญจิตต์.ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลบ้านโป่ง ประจวบคีรีขันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก : <https://he01.tci-thaijo.org>
8. จันทรา สุวรรณอยู่ศิริและรักชนก จันทร์เพ็ญ.ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลดาเนินสะดวก จ.ราชบุรี ประจวบคีรีขันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaiscience.info>
9. Benjamin, S Bloom. ‘Learning for mastery’.Evaluation comment.Center for the Study of instruction program.University of California at Los Angeles. Vol2:47-62; 1986.
10. Cochran, W.G. Sampling technique. New York: John Wiley & Son.Inc.; 1953.

# บทความวิจัย

การศึกษาสภาพการบริหารจัดการความเสี่ยงของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
The study of risk management conditions of  
The Regional Health Promotion Center 10<sup>th</sup> Ubon Ratchathani

พรรณปพร ภาละกาล\* Panpaporn Phalakan\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการบริหารจัดการความเสี่ยงของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยทำการประเมินระดับความรู้ การปฏิบัติกิจกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของบุคลากรในกระบวนการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรในกระบวนการจัดการความเสี่ยงศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติ ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมและ ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาทำการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อตรวจสอบความเที่ยง โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถาม ในช่วงวันที่ 15-20 มกราคม 2664 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปประมวลผลทางด้านสถิติ โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีผลการวิจัยดังต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ในระดับสูง มีระดับการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง มีการมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางและมีความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ได้แก่ หน่วยงานควรทำการอบรมหรือเพิ่มกิจกรรมในลักษณะที่เป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้กับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการในเรื่องการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยการจัดศึกษาดูงานหน่วยงานอื่น และควรปรับปรุงเรื่องของการวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยอาจจะใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กรเป็นสำคัญ

**คำสำคัญ :** การบริหารจัดการความเสี่ยงของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

\*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: oranong\_pu@hotmail

## Abstract

This research, the descriptive research model was used with the objective of studying the risk management condition of the 10th Health Center Ubon Ratchathani by assessing the level of knowledge, performing activities participation and satisfaction of personnel in the risk management process. Of personnel in the risk management process, Health Center 10, Ubon Ratchathani, a sample group of 42 people was selected. The research instrument was divided into 4 parts: Part 1 Personal Data, Part 2 Knowledge Assessment Form, Part 3 was The Practice Assessment, Part 4 was a participatory assessment and Part 5 was a satisfaction assessment. Check the quality of the tools, including The tool has passed the content analysis by 3 experts and the researcher brought the tool to experiment with the sample group that is similar to the research sample. to check the accuracy by analyzing the alpha coefficient (Cronbach's alpha coefficient) equal to 0.81 Data were collected by using a questionnaire during January 15-20, 2021. Data were analyzed using a statistical processing package. by averaging Percentage and Standard Deviation

the research results are as follows. sample group Most of them had a high level of knowledge and a moderate level of performance of activities according to the risk management process. Participation in the risk management process was at a moderate level and satisfaction in the risk management process was at a high level.

Suggestions from the research are that agencies should train or increase activities in a manner that increases the knowledge of personnel on a regular basis. Implemented in creating incentives to work by organizing study visits from other agencies. And should improve the method of resolving problems when an adverse event occurs, possibly using the process of participation of personnel in the organization as an important

**Keywords :** Risk management of health center 10 Ubon Ratchathani

---

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริหารความเสี่ยงเป็นระบบงานที่สำคัญที่ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในระบบบริการ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการ ในการพัฒนาระบบงานบริหารความเสี่ยงจะต้องอาศัยมาตรฐานต่างๆ ทำนองเดียวกัน ความเสี่ยงที่ต่างกันจะต้องมีมาตรการจัดการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละสถานการณ์ โดยองค์กรจะต้องมีการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักของการบริการ รวมถึงกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในองค์กรทราบ และปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย<sup>1</sup> เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา และเพื่อลดข้อขัดแย้งรวมถึงข้อร้องเรียนด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล<sup>2</sup>

The Joint Commission on Accreditation of Health care Organization<sup>3</sup> ได้รวบรวมสถิติความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ (Sentinel event) ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีพบว่าสูงถึง 3,000 เหตุการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตพบว่าร้อยละ 60 เป็นความเสี่ยงในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การให้ยาผิดการผูกมัดผู้ป่วยทำให้บาดเจ็บและเสียชีวิตร้อยละ 55 เป็นเรื่องของการพลัดตกหกล้มร้อยละ 45 เป็นเรื่องผู้ป่วยทำร้ายตนเอง

ในประเทศไทยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>4</sup> ได้รายงานจำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับมาตรฐานการแพทย์ในปี 2553 พบว่ามีถึง 1,978 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องความไม่พึงพอใจหรือความขัดแย้งที่รุนแรงระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเรื่องภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดผลที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการและครอบครัว ทั้งนี้จากรายงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์ เผยแพร่ของสาขาเวชศาสตร์ชุมชนจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2551 ได้ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน 4,000 ราย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งป้องกันได้ปัจจุบันสถานพยาบาลในประเทศไทยมีการตื่นตัวในเรื่องของปัญหาความปลอดภัย ภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมากขึ้น เพราะเริ่มมีความตระหนักว่าปัญหานี้อาจจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความรุนแรงแก่ความปลอดภัยของผู้ป่วยได้

จากการทบทวนระบบบริหารจัดการความเสี่ยง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พบว่าความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นมีปัจจัยสาเหตุเกี่ยวข้องกับ  
ทั้งระบบ ได้แก่ อัตรากำลังที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน บุคลากรอ่อนล้า ขาดทักษะที่จำเป็น  
การมอบหมายงานไม่เหมาะสม และการไม่ปฏิบัติตามนโยบายและมาตรฐานการพยาบาล  
ของบุคลากร การจัดเตรียมอุปกรณ์และสถานที่ไม่เหมาะสม และการสื่อสารที่ผิดพลาด  
ผลการศึกษาได้นำไปปรับระบบบริการ เช่น การปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน  
การจัดรูปแบบการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับศักยภาพ และลักษณะงาน การผสม  
ผสานอัตรากำลัง การบริหารวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ การจัดสภาพแวดล้อมการทำงานให้  
เอื้อต่อการเยียวยา ร่วมกับจัดทำแผนยุทธศาสตร์อย่างมีส่วนร่วม การควบคุมกำกับนิเทศ  
ด้วยระบบประกันคุณภาพการพยาบาล และสร้างระบบการรับฟังเสียงสะท้อน  
ความปลอดภัยผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับให้แก่ระบบบริหารการพยาบาล  
ความปลอดภัยผู้ป่วยภายหลังการจัดระบบบริการ พบว่า อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการ  
พยาบาลบางหัวข้อลดลง ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและคะแนนความพึงพอใจ  
ในงานของบุคลากรเพิ่มขึ้นแต่อย่างไรก็ตามแม้จะมีการปรับระบบบริหารการพยาบาล  
เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยดังที่กล่าวมาแล้วแต่ยังพบอุบัติการณ์ที่เกิดจาก  
ความผิดพลาดและไม่พึงประสงค์ในการให้บริการทางการแพทย์เกินเกณฑ์ จากการ  
ทบทวนความเสี่ยงในปี 2562-2563 พบว่า ความเสี่ยงทางคลินิกมีแนวโน้มเกิดมากขึ้น  
และมีระดับความรุนแรงสูงขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่ามีแนวโน้มเกิดความเสี่ยงด้านอื่น  
เพิ่มมากขึ้นด้วย เช่น ความเสี่ยงด้านกายภาพ และความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน  
ของบุคลากรซึ่งผู้เกี่ยวข้องได้นำอุบัติการณ์ดังกล่าวมาทบทวน พบว่า เกิดจากหลายสาเหตุ  
ด้วยกัน ทั้งจากตัวบุคลากร เช่น ความรู้ ความตระหนักการละเลย และจากระบบที่ไม่  
เอื้ออำนวย ดังนั้นการจะสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร นอกจากการวางระบบ  
การบริหารที่ดีแล้ว ต้องมีระบบการจัดการความเสี่ยงที่ดี เมื่อทบทวนพบว่ายังมีโอกาส  
พัฒนาในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นระดับบุคคลหรือระดับองค์กรที่ให้การสนับสนุนจัดระบบ  
เพื่อจัดการความเสี่ยงและเพื่อสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ศูนย์อนามัยที่ 10 ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาศาภาพการบริหารจัดการความเสี่ยงของ  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่มีอยู่ในปัจจุบันเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนา  
คุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเพื่อทำให้เกิดการปฏิบัติ  
งานที่มีคุณภาพและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจและร่วม  
ขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการประเมินรับรองประกันคุณภาพระบบบริการในลำดับต่อไป

## **วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาสภาพการบริหารจัดการความเสี่ยงของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้แก่ ความรู้การปฏิบัติกิจกรรมของบุคลากร การมีส่วนร่วมของบุคลากรและความพึงพอใจของบุคลากรในกระบวนการบริหารความเสี่ยง

## **วิธีการดำเนินการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาสภาพการบริหารจัดการความเสี่ยงของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยทำการประเมินระดับความรู้ การปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วม และ ความพึงพอใจของบุคลากรในกระบวนการจัดการความเสี่ยงศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ บุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่ปฏิบัติงานและมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง จำนวน 169 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่ปฏิบัติงานและมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2563-กันยายน 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 169 คน คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างโดยคิดร้อยละ 25 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน<sup>5</sup> ซึ่งประกอบด้วย บุคลากรระดับผู้บริหาร หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ครอบคลุมการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน

การสุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ

- 1) เป็นบุคลากรบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงทั้งหมดของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2563-กันยายน 2564
- 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตามจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

## **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือของ ภัทรธิดา โภคาพันธ์และคณะ<sup>6</sup> แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน และ การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ถูก-ผิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating scale) ใน 4 ระดับ คือ 1 คะแนน ปฏิบัติได้น้อยมากหรือไม่ได้ปฏิบัติเลย 2 คะแนน ปฏิบัติได้ค่อนข้างน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติได้บางครั้ง และ 4 คะแนน ปฏิบัติได้ทุกครั้งหรือเป็นประจำ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating scale) ใน 5 ระดับ คือ มีส่วนร่วมน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดตามลำดับ

ส่วนที่ 5 เป็นแบบประเมินความพึงพอใจ แบบสอบถามความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating scale) ใน 5 ระดับ คือ มีความพึงพอใจน้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาทำการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อตรวจสอบความเที่ยง โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในช่วงวันที่ 15-20 มกราคม 2564 โดยผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 42 ชุด ได้รับกลับมาทั้งหมด 42 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปประมวลผลทางด้านสถิติ โดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริหารความเสี่ยงตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง 4 ขั้นตอน จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ถูก-ผิด โดยคิดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 0 - 11 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 12 - 15 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

และคะแนน 16 - 20 มีความรู้อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกของ  
พยาบาลตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการ  
วัดประมาณค่า (Rating scale) ใน 4 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 4.00 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51 – 3.50 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.51 – 2.50 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.50 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินการมีส่วนร่วม ในกระบวนการบริหารความเสี่ยง  
จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating scale) ใน 5 ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ มาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ น้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 เป็นแบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating  
scale) ใน 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อยที่สุด<sup>7</sup>

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 มีอายุระหว่าง 40-48 ปี มากที่สุด  
ร้อยละ 69.0 อายุระหว่าง 29-39 ร้อยละ 19.0 และอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.9  
จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุดร้อยละ 73.8 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล  
วิชาชีพชำนาญการร้อยละ 33.3 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการ  
บริหารความเสี่ยงจากสถาบันต่างๆ ร้อยละ 54.8

### 2. ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง

ผลการศึกษา พบว่าในภาพรวมขอค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงของ  
กลุ่มตัวอย่างมีการตอบข้อคำถามถูกต้องร้อยละ 84.52 และตอบผิด ร้อยละ 15.48

ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

ข้อที่	ความรู้	ตอบถูก	ตอบผิด
		ร้อยละ	ร้อยละ
1	การค้นหาความเสี่ยง	82.13	17.87
2	การประเมินความเสี่ยง	78.98	21.02
3	การจัดการกับความเสี่ยง	89.88	10.13
4	การประเมินผล	91.08	8.93
<b>รวม</b>		<b>84.52</b>	<b>15.48</b>

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 2 การค้นหาความเสี่ยงอาจจะสืบค้นได้จากระบบบันทึกข้อมูลเช่นรายงานอุบัติการณ์ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลรายงานภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยมีผู้ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 97.6 ตอบผิด ร้อยละ 2.4 ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 11 การปรับปรุงบัญชีรายชื่อความเสี่ยงทางคลินิกเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยมีผู้ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 16.7 ตอบผิด ร้อยละ 83.3 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงและระดับปานกลางร้อยละ 81.0 และร้อยละ 16.7 ตามลำดับดังรายละเอียดในตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-11คะแนน)	1	2.4
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	7	16.7
สูง (16- 20 คะแนน)	34	81.0
<b>รวม</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>

$$\bar{X} = 16.90, S.D. = 2.44, \text{Min} = 5, \text{Max} = 19$$

### 3. การปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง

ผลการศึกษา พบว่าในภาพรวมของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.10$ , S.D. = 1.7) ดังแสดงในตารางที่ 4 ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อ	กิจกรรม	การมีส่วนร่วม		
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
1	การค้นหาความเสี่ยง	3.07	0.95	มาก
7	การประเมินความเสี่ยง	3.02	1.13	มาก
12	การจัดการกับความเสี่ยง	3.24	1.11	มาก
19	การประเมินผล	3.03	1.09	มาก
<b>รวม</b>		<b>3.10</b>	<b>1.07</b>	<b>มาก</b>

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงมากที่สุดคือ ข้อ 6 เมื่อมีเหตุการณ์อันตรายน่าไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ท่านได้รายงานให้หัวหน้าเวร/หัวหน้างาน รับทราบ ( $\bar{X} = 3.68$ , S.D. = 0.69) และน้อยที่สุด คือ ข้อ 2 ท่านได้ติดตามอ่านหนังสือพิมพ์ค้นหาความเสี่ยงจากหน่วยงานอื่น เพื่อนำมาใช้ในการตรวจสอบความเสี่ยงของหน่วยงานท่าน ( $\bar{X} = 2.56$ , S.D. = 0.96) ตามลำดับ

### 4. การมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.30$ , S.D. = 1.09) ดังแสดงในตารางที่ 5 ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อ	กิจกรรม	การมีส่วนร่วม		
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
1	การค้นหาความเสี่ยง	3.42	1.03	ปานกลาง
2	การประเมินความเสี่ยง	3.14	1.03	ปานกลาง
3	การจัดการกับความเสี่ยง	3.18	1.30	ปานกลาง
4	การประเมินผล	3.44	1.13	ปานกลาง
<b>รวม</b>		<b>3.30</b>	<b>1.09</b>	<b>ปานกลาง</b>

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยงมากที่สุดคือ ข้อ 1 ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงจากการใช้แบบบันทึกที่มีอยู่ในหน่วยงาน ( $\bar{X} = 3.60$ , S.D. = 1.04) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 10 ท่านได้มีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะรักษาในรพ. เช่น การติดเชื้อ เกิดแผลกดทับ พลัดตกหกล้ม เป็นต้น ( $\bar{X} = 2.96$ , S.D. = 1.40) ตามลำดับ

### 5. ความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.74$ , S.D. = 0.89) ดังแสดงในตารางที่ 6 ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อ	กิจกรรม	การมีส่วนร่วม		
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
1	ด้านกระบวนการ	3.78	0.85	มาก
2	ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก/แหล่งสนับสนุน	3.68	0.96	มาก
3	ด้านผลการดำเนินงาน	3.61	0.93	มาก
4	ด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	3.90	0.83	มาก
รวม		3.74	0.89	มาก

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงมากที่สุดคือ ข้อ 18 ท่านพึงพอใจเมื่อหัวหน้าหน่วยให้การสนับสนุนกับแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่ท่านนำเสนอ ( $\bar{X} = 4.04$ , S.D. = 0.73) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 14 ท่านพึงพอใจกับวิธีการแก้ไขปัญหาของหน่วยงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ( $\bar{X} = 3.52$ , S.D. = 1.00) ตามลำดับ

## การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-48 ปีมากที่สุด ร้อยละ 69.0 อายุระหว่าง 29-39 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงจากสถาบันต่างๆ ซึ่งการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลของรัฐ สอดคล้องกับการวิจัยของ นภัสภรณ์ เจริญสะอาด และคณะ<sup>8</sup> ที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน

### 2. ระดับความรู้ของบุคลากรเรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยง

ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงและระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของภัทร์ธิดา โภคาพันธ์ และคณะ<sup>6</sup> ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพลีธิประสงค์ อภิปราย ได้ว่าศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้มีกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงในองค์กรมาเป็นระยะเวลาหลายปี มีการจัดการฝึกอบรมเพิ่มความรู้ให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่องทำให้บุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ถึงแม้ว่าประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงจากสถาบันต่างๆ ที่เป็นสถาบันภายนอกหน่วยงานก็ตาม

### 3. การปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง

การปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.10, S.D. = 1.7$ ) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ทศพล ธัชชะพรและ รุ่งนภา ธัชชะพร<sup>9</sup> ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี จำกัด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า สภาพการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี จำกัดโดยภาพรวม มีสภาพการปฏิบัติที่เป็นจริงในระดับมาก สภาพการปฏิบัติที่ต้องการโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากอภิปรายได้ว่าได้ว่าศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้มีกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงในองค์กรโดยเน้นให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วม แต่ได้มีการดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการและมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน บุคลากรอื่นที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะกรรมการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวจึงไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ

#### 4. การมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง

พบว่าในภาพรวมของการมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.30$ , S.D. = 1.09) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยงมากที่สุดคือ ข้อ 1 ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงจากการใช้แบบบันทึกที่มีอยู่ในหน่วยงาน และน้อยที่สุดคือ ข้อ 10 ท่านได้มีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาในรพ. เช่น การติดเชื้ เกิดแผลกดทับ พลัดตกหกล้ม เป็นต้น ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของจุนิทร์ เป็นสุข<sup>3</sup> ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่า ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชที่ต้องได้รับการพัฒนามีดังนี้ 1) ด้านความรู้เรื่องกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก 2) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และ 3) ด้านการมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกอภิปรายได้ว่า ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้มีกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงในองค์กร โดยเน้นให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วม แต่ได้มีการดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการ และมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน บุคลากรอื่นที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะกรรมการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวจึงทำให้ระดับของการมีส่วนร่วมยังอยู่ในระดับปานกลาง

#### 5. ความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมของความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.74$ , S.D. = 0.89) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงมากที่สุดคือ ข้อ 18 ท่านพึงพอใจ เมื่อหัวหน้าหน่วยให้การสนับสนุนกับแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่ท่านนำเสนอ และน้อยที่สุดคือ ข้อ 14 ท่านพึงพอใจกับวิธีการแก้ไขปัญหาของหน่วยงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ชยาภา อัดชู<sup>10</sup> ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาคู่มือการบริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือการบริหารจัดการความเสี่ยง อยู่ในระดับมากอภิปรายได้ว่าอภิปรายได้ว่าได้ว่าศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้มีกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงในองค์กรโดยเน้นให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วม ทำให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรกล่าวคือช่วยลดอุบัติเหตุการเกิดความเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในองค์กรได้

## ข้อเสนอแนะ

### **ด้านความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง**

การปรับปรุงบัญชีรายชื่อความเสี่ยงทางคลินิกเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยมีผู้ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 16.7 ตอบผิด ร้อยละ 83.3 หน่วยงานควรทำการอบรมหรือเพิ่มกิจกรรมในลักษณะที่เป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้กับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

### **การปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง**

หน่วยงานอาจดำเนินการในเรื่องการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยการจัดศึกษาดูงานหน่วยงานอื่นที่ดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เป็นเลิศเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรเกิดความอยากเปลี่ยนแปลงโดยการเทียบเคียงกับหน่วยงานอื่น

### **การมีส่วนร่วมตามกระบวนการบริหารความเสี่ยง**

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยงน้อยที่สุดคือ ข้อ 10 ท่านได้มีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะรักษาในรพ. เช่น การติดเชื้อ เกิดแผลกดทับ พลัดตกหกล้ม เป็นต้น ( $\bar{X} = 2.96$ , S.D. = 1.40) ในกรณีตามข้อนี้อาจเนื่องมาจากว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานั้นไม่ได้มีหน้าที่ในการดำเนินการตามข้อคำถามดังกล่าวจึงทำให้ค่าเฉลี่ยในข้อนี้น้อย ซึ่งหากมีการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาข้อคำถามและกลุ่มตัวอย่างให้สอดคล้องกันมากยิ่งขึ้น

### **ความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง**

ความพึงพอใจกับวิธีการแก้ไขปัญหาของหน่วยงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ( $\bar{X} = 3.52$ , S.D. = 1.00) หน่วยงานควรปรับปรุงเรื่องของการวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยอาจจะใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กรและทำการประเมินผลการดำเนินงานด้านนี้อย่างสม่ำเสมอ

## เอกสารอ้างอิง

1. ผ่องพรรณ จันทรสมบัติ, นันธิดา พันธศาสตร์, แสงรวี มณีศรี. การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ = Clinical risk management of registered nurses. วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ. 2555; 35(3); 118-124.
2. วิณา จีระแพทย์. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย : แนวคิด กระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ด้านสุขภาพการพิมพ์; 2550.
3. จุรินทร์ เป็นสุข. ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2560; 61(4); 267-280.
4. ศิริลักษณ์ ฤทธิไธสง. การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2560; 3(1); 77-87.
5. เพชรน้อย สิ่งช่างชัย วิจัยทางการพยาบาล. หลักการและกระบวนการ = Nursing Research: Principle and Process. (พิมพ์ครั้งที่ 2). โครงการผลิตตำราหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2535.
6. ภัทรธิดา โภคาพันธ์,สงครามชัย ลีทองดี และ ชาญชัย ดิกยะปัญญา. การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560; 13(2);38-48.
7. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น.(พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2553.
8. นภัสนรณ์ เชิงสะอาด, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และ วุชระ เอี่ยมรัมย์กุล.การพัฒนา รูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560; 36 (3); 147-156.
9. ทศพล อีชะพร, รุ่งนภา อีชะพร. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูอุทัยธานี จำกัด. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.2560; 12(3); 233-248.
10. ชยาภา อัดชู. การพัฒนาคู่มือการบริหารจัดการความเสี่ยง มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม. วารสารจันทรเกษมสาร. 2557; 20(39);49-57.

# บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจตามนัดของ  
ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
Factors related to annual health check up service of  
The Regional Health Promotion Center 10<sup>th</sup> Ubon Ratchathani

ประภัสสร ภูทางนา\* Prapason Putangna\*

## บทคัดย่อ

เป็นวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัดของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบบังเอิญ ในผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่มาช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564 จำนวน 385 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ ผลศึกษา พบว่า ด้านการสื่อสารผ่านตัวบุคคล ด้านการคมนาคม และด้านการสนับสนุนของครอบครัว อยู่ระดับมาก ทำให้เกิดความสนใจติดตามข้อมูล การจูงใจกระตุ้นให้เดินทางมาและการตัดสินใจเดินทาง อยู่ระดับมาก จะกลับมาตามนัด ร้อยละ 76.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตามนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โรคประจำตัว ( $P=0.023$ ) ด้านการสื่อสารผ่านตัวบุคคล ( $P=0.002$ ) ด้านการคมนาคม ( $P<0.00$ ) และด้านการสนับสนุนของครอบครัว ( $P<0.00$ ) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาและการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตามนัด ดังนั้น การสื่อสารข้อมูลแก่ผู้รับบริการทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป็นโรคให้เห็นความสำคัญ การมาติดตามเฝ้าระวังภาวะสุขภาพตนเอง เน้นสื่อสารให้ครอบครัวมาช่วยและสนับสนุน การเดินทางมีความจำเป็นอย่างมากที่ทำให้ผู้รับบริการมาตามนัด

**คำสำคัญ:** ปัจจัยสัมพันธ์การมาตรวจตามนัดของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

\*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ E-mail: patpa.pas@hotmail

## Abstract

This study is a descriptive research to study the factors related to annual health check-up service of the Regional Health Promotion Center 10th Ubon Ratchathani , a randomly selected sample of 385 people who received annual health checkups from December 2020 to March 2021. Data were collected using a questionnaire .The data were analyzed by descriptive statistics is number, percentage, mean, standard deviation and chi square

The results as the communication through the person, transportation and the support of the family was at a very high level, causing interest in following the information. Motivation to travel, and travel decision was at a high level, 76.9% returned by appointment ( $P=0.002$ ), transportation  $P<0.000$  and family support  $P<0.000$  Other variables such as sex, age, income, education, occupation, entitlement to treatment and perceived health status were not correlated with come by appointment, therefore, communication of information to the whole group of service recipients is normal The at-risk groups and the diseased groups emphasize the importance of monitoring their own health conditions. Focusing on communicating with family to help and support walking is very necessary to make the service recipient come to the appointment.

**Keywords:** Factors Related to Annual Health Check Up Service

---

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มาตรการตรวจสอบสุขภาพประจำปีเชิงรุกเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกัน ควบคุมปัญหาสุขภาพเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพและลดค่าใช้จ่าย<sup>1</sup> การตรวจคัดกรองสุขภาพ (Health screening) คือ การค้นหาโรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคในระยะเริ่มแรก เพื่อให้มาตรการที่สามารถลดความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตจากโรคนั้นๆ คณะกรรมการคัดกรองด้านสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย (The United Kingdom National Screening Committee, UK NSC) จำกัดความไว้ว่า การตรวจคัดกรอง หมายถึง การค้นหาบุคคลที่ควรได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาโรคต่อไป แบ่งได้ 2 ประเภท คือ (1) การคัดกรองโรค (Disease screening) เป็นการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกและการวินิจฉัยโรคโดยเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ลดอัตราการความพิการ และช่วยลดการแพร่กระจายของโรคได้ โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังที่มีอาการป่วยแบบค่อยเป็นการค้นหาในระยะเริ่มแรกช่วยให้การรักษามีโอกาสหายมากขึ้น (2) การคัดกรองความเสี่ยง (Risk screening) เป็นการประเมินพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งควรทำควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนให้ประชาชนสร้างสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง อันจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคต่างๆได้<sup>2</sup> และจากข้อมูล Health Data Service Center ปี 2563 พบว่า สุขภาวะของประชากรไทยมีการเจ็บป่วยหลักจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Noncommunicable diseases (NCDs) โดยกลุ่มคนวัยทำงานป่วยเป็นโรค NCDs เพิ่มมากขึ้น สัดส่วนการตายก่อนวัยอันควร จากโรคติดต่อเรื้อรังสูงเกินร้อยละ 50 มีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปีในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปี 2560 – 2562 ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป พบอัตราป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 11.44 , 11.69 และ 11.75 ตามลำดับ และอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 24.09 , 24.61 และ 25.19 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>3</sup>

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เห็นความสำคัญของการตรวจสอบสุขภาพของประชาชน จึงได้มีการให้บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีเชิงรุก ตั้งแต่ปี 2557-2559 มีหน่วยงานเข้ารับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีเชิงรุกสะสมทั้งหมด 46 หน่วยงาน พบผิดปกติ 3 อันดับแรก คือ ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ และระดับน้ำตาลในเลือด ตามลำดับ ปัญหาสถานะสุขภาพ คือ น้ำหนักเกิน อ้วน อ้วนมาก รอบเอวเกินเกณฑ์ปกติ และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ในปี 2560-2561 ผู้รับบริการทั้งหมด 4,810 คน และ 4,695 คน พบผิดปกติ 3 อันดับแรก คือ ระดับไขมันคอเลสเตอรอล ร้อยละ 29.87 50.98 ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ร้อยละ 19.73 31.38 ระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 2.9 และ 29.87 มีแนวโน้มผลการตรวจสอบสุขภาพผิดปกติเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะระดับไขมันคอเลสเตอรอล ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ และระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยได้แบ่งสถานะสุขภาพผู้รับบริการ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป็นโรค โดยมีการนัดติดตามการรักษาในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผิดปกติตามเกณฑ์แนวทางการรักษาของหน่วยงาน ที่ผ่านมามีผู้รับบริการกลับมาตรวจตามนัดไม่ถึงร้อยละ 50 โดยพบว่า ปี 2563 นัด 403 คน มาตามนัด ร้อยละ 49.87 และช่วงตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 นัด 739 คน มาตามนัด ร้อยละ 46.82 ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและขาดโอกาสที่จะช่วยให้การรักษามีโอกาสหายมากขึ้น จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัด ให้ทราบปัจจัยสนับสนุน นำข้อมูลมาวางแผนสนับสนุนผู้รับบริการเกิดเป็นแนวทางพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีที่มาตรวจตามนัดที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
- 2) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการของผู้รับบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีที่มาตรวจตามนัดที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
- 3) เพื่อศึกษาการสื่อสาร การคมนาคมและการสนับสนุนของครอบครัวของผู้รับบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีที่มาตรวจตามนัดที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
- 4) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจตามนัดของผู้รับบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นเชิงพรรณนา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง Descriptive cross-sectional research

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่มาใช้บริการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ช่วงเดือนธันวาคม 2563 – มีนาคม 2564 รวมทั้งหมด 5,145 คน<sup>4</sup>

กลุ่มตัวอย่าง คือ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่มาตรวจตามนัด คลินิกผู้ป่วยนอก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ช่วงเดือนธันวาคม 2563 - มีนาคม 2564 และยินยอมตอบแบบสอบถาม คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Cohen<sup>9</sup> รายงานการไม่มาตามนัด ร้อยละ 50 ฉะนั้น  $P = 0.50$  ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบบสอบถาม 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ดี ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน ไม่ดี ให้ 1 คะแนน แบ่งระดับอิงเกณฑ์ของ Bloom<sup>10</sup> 3 ระดับ คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้ 3-5.4 คะแนน หมายถึง การรับรู้ ระดับน้อย ร้อยละ 61- 79 ได้ 5.5-7.1 คะแนน หมายถึง การรับรู้ระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้ 7.2 – 9.0 คะแนน หมายถึง การรับรู้ระดับมาก

ส่วนที่ 3 ระบบการให้บริการ จำนวนรวม 20 ข้อ ข้อที่ 1-5 ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ ข้อที่ 6-10 ด้านช่องทางการให้บริการ ข้อที่ 11-15 ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และข้อที่ 16-20 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เป็น Rating scale 5 ระดับ คือ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย ให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 การสื่อสารการคมนาคมและการสนับสนุนของครอบครัว จำแนกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านสื่อสารการมาตรวจตามนัดผ่านตัวบุคคล จำนวน 3 ข้อ ด้านการเดินทางมาตรวจตามนัด จำนวน 3 ข้อ และด้านการสนับสนุนของครอบครัว จำนวน 3 ข้อ เป็นการแสดงความคิดเห็นแบบ Rating scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ของ Bloom<sup>10</sup> เป็น 3 ระดับ เท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจสูง/ดี/มาก ร้อยละ 61- 79 คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33 หมายถึง ระดับความพึงพอใจต่ำ/ไม่ดี/น้อย

ส่วนที่ 5 การมารับบริการตรวจตามนัดของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นแบบสอบถามให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นว่าจะกลับมารับบริการตามนัดหรือไม่ จำนวน 2 ข้อ คือไม่มากับมาตามนัด

การสร้างเครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการสร้างเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยศึกษาค้นคว้าเอกสารข้อมูลทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตรวจสอบโดยนำแบบสัมภาษณ์ตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้ปรับปรุงแก้ไข และหาค่าความเชื่อมั่น Reliability ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.63 ด้านความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการ เท่ากับ 0.432 และด้านการสื่อสาร การคมนาคม และการสนับสนุนของครอบครัวเท่ากับ 0.971

### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

- 1) จัดทำบันทึกขออนุญาตเสนอผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการ
- 2) การรวบรวมแบบสอบถามโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในกลุ่มผู้รับบริการที่มีใบนัดหลังจากที่ทราบผลตรวจสุขภาพประจำปี เป็นกลุ่มที่มีผลตรวจสุขภาพที่ผิดปกติที่จำแนกกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป็นโรค การเก็บข้อมูลโดยการขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นจริง โดยผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม รักษาความลับด้วยการใช้รหัส Code ID แทนการลงชื่อและนามสกุล เน้นความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ เป็นการเก็บแบบบังเอิญในกลุ่มที่มาใช้บริการในช่วงเดือนธันวาคม 2563 – มีนาคม 2564
- 3) เมื่อได้ข้อมูลแล้วนำข้อมูลที่ได้อ้างอิงข้อมูลตามแบบการเก็บข้อมูล (Table data)
- 4) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้อง ข้อมูลที่ได้มาไม่ครบถ้วน จะดำเนินการตัดข้อมูลชุดนั้นทิ้ง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มากำหนดค่าตัวแปรเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 5) นำข้อมูลที่ได้ มาประมวลผลและสรุปรายงาน

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 62.3, อายุเฉลี่ย 51.36 ปี กลุ่มอายุ 50 – 59 ร้อยละ 30.1 จบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.2 รายได้เฉลี่ย 39,790.34 บาท ข้าราชการ ร้อยละ 75.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.3 ใช้สิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรง ร้อยละ 94.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป n=385	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	145	37.7
หญิง	240	62.3
<b>อายุ</b>		
ต่ำกว่า 30	13	3.4
30-39	44	11.4
40-49	107	27.8
50-59	116	30.1
60 ปีขึ้นไป	105	27.3
$\bar{X}$ = 51.36 S.D.= 10.88 Min= 23 Max= 78		
<b>การศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	9	2.3
มัธยมศึกษา/ปวช	27	7.0
อนุปริญญา/ปวส.	5	1.3
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	201	52.2
สูงกว่าปริญญาตรี	143	37.1
<b>รายได้</b>		
น้อยกว่า 30000 บาท	130	33.8
30,001 – 50000 บาท	158	41.0
มากกว่า 50000 บาท	97	25.2
$\bar{X}$ = 39,790.34 S.D.= 16,033.87 Min=1,000 Max = 92,000.00		
<b>อาชีพ</b>		
ข้าราชการ	290	75.3
ข้าราชการบำนาญ/พนักงานราชการ	74	19.2
เกษตรกรกรรม	11	2.9
รับจ้าง	6	1.6
ค้าขาย	4	1.0
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	226	58.7
มี	159	41.3
<b>สิทธิการรักษา(ค่าใช้จ่าย)</b>		
เบิกจ่ายตรง	362	94.0
บัตรประกันสังคม	15	3.9
ชำระเงินเอง	5	1.3
บัตรทอง	3	0.8

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้บริการตรวจสุขภาพประจำปี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบันอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.2 รับรู้ภาวะสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.9 มีภาวะสุขภาพเปรียบเทียบกับบุคคลในวัยเดียวกันระดับดี ร้อยละ 54.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (n=385 คน)	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพปัจจุบัน	46.2	51.2	2.6
ภาวะสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	44.9	50.9	4.2
ภาวะสุขภาพเปรียบเทียบกับบุคคลในวัยเดียวกัน	54.5	41.8	3.6

3. ระดับความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการภาพรวมอยู่ระดับมาก และมากที่สุด คือ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และน้อยที่สุด คือ ด้านช่องทางการให้บริการ ดังตารางที่ 3 ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อระบบการให้บริการด้านต่างๆ

ระบบการให้บริการ (n=385 คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความพึงพอใจ
ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	4.46	.512	มาก
ด้านช่องทางการให้บริการ	3.95	.804	มาก
ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	4.64	.482	มาก
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกภาพรวม	4.39	.584	มาก
	4.30	.500	มาก

4. ด้านการสื่อสาร ด้านการคมนาคมและด้านการสนับสนุนของครอบครัว พบว่า ทั้งสามด้าน อยู่ระดับมาก ที่ทำให้เกิดความสนใจติดตามข้อมูล การจูงใจกระตุ้นให้เกิดเดินทางมา และตัดสินใจเดินทางมา ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการสื่อสาร การคมนาคม และการสนับสนุนของครอบครัว

การสื่อสาร การคมนาคมและ การสนับสนุนของครอบครัว (n=385)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ ความพึงพอใจ
<b>ด้านการสื่อสารการมาตรวจตามนัดผ่านตัวบุคคล</b>			
- เกิดความสนใจติดตามข้อมูล	3.77	.942	มาก
- จูงใจกระตุ้นให้เกิดการเดินทางมา	3.69	.921	มาก
- ตัดสินใจเดินทาง	3.70	.932	มาก
<b>ด้านการเดินทางมาตรวจตามนัด</b>			
- เกิดความสนใจติดตามข้อมูล	3.86	.902	มาก
- จูงใจกระตุ้นให้เกิดการเดินทางมา	3.82	.906	มาก
- ตัดสินใจเดินทาง	3.82	.916	มาก
<b>ด้านการสนับสนุนของครอบครัว</b>			
- เกิดความสนใจติดตามข้อมูล	3.90	.935	มาก
- จูงใจกระตุ้นให้เกิดการเดินทางมา	3.87	.950	มาก
- ตัดสินใจเดินทาง	3.86	.965	มาก

5. การมารับบริการตรวจตามนัด พบว่า กลับมาตามนัด ร้อยละ 76.9 ดังตารางที่ 5 ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ การมารับบริการตรวจตามนัดของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ประจำปี

การมารับบริการตรวจตามนัด(N=385 คน)	จำนวน	ร้อยละ
มาตามนัด	296	76.9
ไม่มาตามนัด	89	23.1

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัดของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ มีโรคประจำตัว (P=0.023) ด้านการสื่อสารผ่านตัวบุคคล (P=0.002) ด้านการคมนาคมเดินทางมา (P<0.00) และ ด้านการสนับสนุนของครอบครัว (P<0.00) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาและการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการ มาตรวจตามนัด ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัด

ปัจจัย	การมาตรวจตามนัด			X <sup>2</sup>	df	p-value
	มา จำนวนร้อยละ	ไม่มา จำนวนร้อยละ	รวม จำนวนร้อยละ			
<b>เพศ</b>						
ชาย	113 (77.9%)	32 (22.1%)	145 (100.0%)	0.65	1	0.799
หญิง	83 (76.3%)	57 (23.8%)	240 (100.0%)			
รวม	296 (76.9%)	89 (23.1%)	385 (100.0%)			
<b>สิทธิการรักษา</b>						
เบิกจ่ายตรง	280 (77.3%)	82 (22.7%)	362 (100.0%)	0.34	1	0.546
ไม่เบิกจ่ายตรง	16 (69.6%)	7 (30.4%)	23 (100.0%)			
รวม	296 (76.9%)	89 (23.1%)	385 (100.0%)			
<b>โรคประจำตัว</b>						
ไม่มี	164 (72.6%)	62 (27.4%)	226(100.0%)	5.164	1	0.023*
มี	132 (83.0%)	27 (17.0%)	159 (100.0%)			
รวม	296 (76.9%)	89 (23.1%)	385 (100.0%)			
<b>รับรู้สุขภาพปัจจุบัน</b>						
ดี	146 (82.0%)	32 (18.0%)	178 (100.0%)	5.256	2	0.072
ปานกลาง	142 (72.1%)	55 (27.9%)	197 (100.0%)			
ไม่ดี	8 (80.0%)	2 (20.0%)	10 (100.0%)			
<b>รับรู้สุขภาพอดีต</b>						
ดี	139 (80.3%)	34 (19.7%)	173(100.0%)	2.625	2	0.269
ปานกลาง	144 (73.5%)	52 (26.5%)	196(100.0%)			
ไม่ดี	13 (81.3%)	3 (18.8%)	16(100.0%)			
<b>เปรียบเทียบเพื่อน</b>						
ดี	168 (80.0%)	42 (20.0%)	210 (100.0%)	2.551	2	0.279
ปานกลาง	118 (73.3%)	43 (37.2%)	161 (100.0%)			
ไม่ดี	10 (71.4%)	4 (28.6%)	14 (100.0%)			
<b>ความพึงพอใจ</b>						
ปานกลาง	21 (63.6%)	12 (36.4%)	33 (100.0%)	2.795	1	0.059
มาก	275 (78.1%)	77 (21.9%)	275 (100.0%)			

ปัจจัย	การมาตรวจตามนัด			X <sup>2</sup>	df	p-value
	มา จำนวนร้อยละ	ไม่มา จำนวนร้อยละ	รวม จำนวนร้อยละ			
<b>ด้านสื่อสารการมาตรวจตามนัดผ่านตัวบุคคลเกิดความสนใจติดตามข้อมูล</b>						
เห็นด้วยน้อยที่สุด	11 (78.6%)	3 (21.4%)	14 (100.0%)	17.533	4	0.002*
เห็นด้วยน้อย	9 (52.9%)	8 (47.1%)	17 (100.0%)			
เห็นด้วยปานกลาง	57 (64.8%)	31 (35.2%)	88(100.0%)			
เห็นด้วยมาก	153 (81.4%)	35 (18.6%)	188 (100.0%)			
เห็นด้วยมากที่สุด	66 (84.6%)	12 (15.4%)	78 (100.0%)			
<b>ด้านสื่อสารการมาตรวจตามนัดผ่านตัวบุคคลจูงใจกระตุ้นให้เกิดการเดินทางมา</b>						
เห็นด้วยน้อยที่สุด	10 (83.3%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)	27.006	4	0.000*
เห็นด้วยน้อย	10 (40.0%)	15 (60.0%)	25 (100.0%)			
เห็นด้วยปานกลาง	67 (71.3%)	27 (28.7%)	94 (100.0%)			
เห็นด้วยมาก	155 (80.3%)	38 (19.7%)	193 (100.0%)			
เห็นด้วยมากที่สุด	54 (88.5%)	7 (11.5%)	61 (100.0%)			
<b>ด้านสื่อสารการมาตรวจตามนัดผ่านตัวบุคคลเกิดการตัดสินใจเดินทาง</b>						
เห็นด้วยน้อยที่สุด	10 (76.9%)	3 (23.1%)	13 (100.0%)	23.408	4	0.000*
เห็นด้วยน้อย	10 (43.5%)	13 (56.5%)	23 (100.0%)			
เห็นด้วยปานกลาง	66 (70.2%)	28 (29.8%)	94 (100.0%)			
เห็นด้วยมาก	152 (80.0%)	38 (20.0%)	190 (100.0%)			
เห็นด้วยมากที่สุด	58 (89.2%)	7 (10.8%)	65 (100.0%)			
<b>ด้านการคมนาคมเดินทางมาตามนัดเกิดความสนใจติดตามข้อมูล</b>						
เห็นด้วยน้อยที่สุด	9 (81.8%)	2 (18.2%)	11 (100.0%)	24.451	4	0.000*
เห็นด้วยน้อย	6 (46.2%)	7 (53.8%)	13 (100.0%)			
เห็นด้วยปานกลาง	51 (63.0%)	30 (37.0%)	81 (100.0%)			
เห็นด้วยมาก	151 (78.6%)	41(21.4%)	192(100.0%)			
เห็นด้วยมากที่สุด	79 (89.8%)	9 (10.2%)	88(100.0%)			

ปัจจัย	การมาตรวจตามนัด			X <sup>2</sup>	df	p-value
	มา	ไม่มา	รวม			
	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ	จำนวนร้อยละ			
<b>ด้านการคมนาคมเดินทางมาตามนัดจุดจูงใจกระตุ้นให้เกิดการเดินทางมา</b>						
เห็นด้วยน้อยที่สุด	8 (72.7%)	3 (27.3%)	11 (100.0%)	30.383	4	0.000*
เห็นด้วยน้อย	6 (33.3%)	12 (66.7%)	18 (100.0%)			
เห็นด้วยปานกลาง	51 (66.2%)	26 (33.8%)	77(100.0%)			
เห็นด้วยมาก	163 (81.1%)	37 (18.5%)	200(100.0%)			
เห็นด้วยมากที่สุด	68 (86.1%)	11 (13.9%)	79(100.0%)			
<b>ด้านการสนับสนุนของครอบครัวเกิดความสนใจติดตามข้อมูล</b>						
เห็นด้วยน้อยที่สุด	8 (66.7%)	4 (33.3%)	12 (100.0%)	31.809	4	0.000*
เห็นด้วยน้อย	7 (50.0%)	7 (50.0%)	14 (100.0%)			
เห็นด้วยปานกลาง	42 (57.5%)	31 (42.5%)	73 (100.0%)			
เห็นด้วยมาก	148 (80.4%)	36 (19.6%)	184 (100.0%)			
เห็นด้วยมากที่สุด	91 (89.2%)	11 (10.8%)	102 (100.0%)			
<b>ด้านการสนับสนุนของครอบครัวจูงใจกระตุ้นให้เกิดการเดินทางมา</b>						
เห็นด้วยน้อยที่สุด	8 (61.5%)	5 (38.5%)	13(100.0%)	41.171	4	0.000*
เห็นด้วยน้อย	6 (33.3%)	12 (66.7%)	18(100.0%)			
เห็นด้วยปานกลาง	42 (60.9%)	27 (39.1%)	69(100.0%)			
เห็นด้วยมาก	155 (81.6%)	35 (18.4%)	190(100.0%)			
เห็นด้วยมากที่สุด	85 (89.5)	10 (10.5%)	95(100.0%)			
<b>ด้านการสนับสนุนของครอบครัวเกิดการตัดสินใจเดินทาง</b>						
เห็นด้วยน้อยที่สุด	11 (73.3%)	4 (26.7%)	15(100.0%)	47.287	4	0.000*
เห็นด้วยน้อย	4 (23.5%)	13 (76.5%)	17(100.0%)			
เห็นด้วยปานกลาง	42 (61.8%)	26 (38.2%)	68(100.0%)			
เห็นด้วยมาก	154 (80.6%)	37 (19.4%)	191(100.0%)			
เห็นด้วยมากที่สุด	85 (90.4%)	9 (9.6%)	94(100.0%)			

## **การอภิปรายผล**

1. ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนใหญ่ 1 ใน 3 จะกลับมาตามนัด โดยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ระดับปานกลาง ทั้งภาวะสุขภาพปัจจุบัน สุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และเปรียบเทียบกับบุคคลในวัยเดียวกัน มีความพึงพอใจต่อการบริการภาพรวมอยู่ระดับมากโดยเฉพาะต่อการบริการของเจ้าหน้าที่การศึกษานี้ ยังพบว่าความคิดเห็นในด้านการสื่อสารผ่านตัวบุคคล ด้านการคมนาคม และด้านการสนับสนุนของครอบครัวอยู่ระดับมากที่ส่งผลต่อการทำให้ผู้รับบริการเกิดการติดตามข้อมูล การจูงใจกระตุ้นให้เกิดการเดินทางมา และตัดสินใจเดินทางมา ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การให้บริการ และสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย สิ่งอำนวยความสะดวก การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก เช่น สถานบริการสุขภาพ การสื่อสาร และบุคลากรทั้งผู้ให้บริการและครอบครัวจะช่วยให้เกิดการตัดสินใจ<sup>5</sup> สอดคล้องกับทีนุชา ทันวงศ์และคณะ<sup>6</sup> ปัจจัยส่วนบุคคลและความสามารถในการเข้าถึงบริการส่งผลต่อการมาตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีอัตราการมารับบริการรักษาพยาบาลทุกครั้งตามนัด

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัดของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี คือ มีโรคประจำตัว ด้านการสื่อสารผ่านตัวบุคคล ด้านการคมนาคมเดินทางมา และด้านการสนับสนุนของครอบครัว จะเห็นได้ว่าการที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตามนัดของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีจะเป็นประเด็นเรื่องการสื่อสาร การคมนาคมและการสนับสนุนทางครอบครัว อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มข้าราชการ และมีการศึกษามากกว่าปริญญาตรี ซึ่งไม่มีปัญหาเรื่องรายได้ในการรักษาเนื่องจากใช้สิทธิการจ่ายตรง แต่จะมีค่าใช้จ่ายในเรื่องการเดินทาง ทำงานในวันราชการเป็นหลัก และเป็นกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ดังนั้น ผู้รับบริการที่มาตรวจตามนัดจึงแสดงความคิดเห็นในเรื่องการคมนาคมและการสนับสนุนของครอบครัวจะส่งผลต่อการมาตรวจตามนัด และการสื่อสารเป็นเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญเช่นกัน สอดคล้องกับธนัชพร กาฝากส้ม<sup>7</sup> ผู้มารับบริการมาพบแพทย์ปัจจัยที่ส่งผลให้มารับบริการตามนัด ได้แก่ ระดับการศึกษา การเดินทาง ความรู้สึกพึงพอใจและอยากมารับบริการ และทีนุชา ทันวงศ์และคณะ<sup>6</sup> ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการ คือ คุณภาพการให้บริการการดูแลสุขภาพ ความมั่นใจในการให้บริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง สอดคล้องกับน้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์ และสายใจ พัวพันธ์<sup>8</sup> ปัจจัยด้านบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับการขาดนัดการรักษา

## **ข้อเสนอแนะ**

1. การสื่อสารผ่านบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการมาตรวจตามนัดต้องให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ผู้รับบริการและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การปรับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการติดตามเฝ้าระวังสุขภาพของตนเอง ซึ่งการนัดผู้รับบริการถือเป็นมาตรฐานการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยนอกที่มีความจำเป็นอย่างมากเป็นการประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ใช้บริการต่อเนื่อง

2. กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับผู้มีสุขภาพดีและมีปัญหาสุขภาพ โดยแยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค เพื่อช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาโรคและให้การพยาบาลก่อน ขณะและหลังการตรวจรักษา การเฝ้าระวังสุขภาพต่อเนื่องให้ความรู้ผู้รับบริการและครอบครัวของการมาตามนัด กรณีมีผลสุขภาพประจำปีปกติควรมาตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง กรณีกลุ่มเสี่ยง ติดตามทุก 3-6 เดือน และกลุ่มที่ป่วยต้องมาตามนัดตามคำแนะนำของแพทย์

3. การพัฒนาระบบติดตามนัดมาพบแพทย์และการปรึกษาโดยใช้แอปพลิเคชัน (Application) หรือสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Line application พร้อมการติดตามการขาดนัดโดยให้ญาติมีส่วนร่วม

**ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป** การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะผู้รับบริการที่มากลับมาตรวจตามนัด แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาในกลุ่มที่ไม่มาตรวจตามนัด ดังนั้น การศึกษานี้ เป็นเพียงปัจจัยที่สนับสนุนให้ในกลุ่มที่มาตรวจตามนัดเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลในกลุ่มที่ไม่มาตามนัด ซึ่งจะเป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมาตรวจตามนัดได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ นำไปใช้ในการกำหนดแนวทางเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างแท้จริง

### **เอกสารอ้างอิง**

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.มาตรการตรวจคัดกรองสุขภาพที่ควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนไทย.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข;2557.
2. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์และคณะ.ประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพด้วยวิธีวิจัยที่มีมาตรฐานโปร่งใสและมีส่วนร่วมเพื่อให้ประเทศไทยมีการใช้เทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่เหมาะสม [อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 23 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก  
2. <http://www.hitap.net>
3. ข้อมูล HDC (Health Data Service Center) ปี 2562-2563.ฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขอินเทอร์เน็ต.[เข้าถึงเมื่อ 23 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.moph.go.th>
4. รายงานข้อมูลผู้มารับการตรวจสุขภาพประจำปี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปี 2563.
5. อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ. ทบทวนการตรวจคัดกรองสุขภาพ.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพ;2559.
6. ทิณุชา ทันวงศวาร และคณะ.ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายสุขภาพ อำเภอยาย้อย จังหวัดเพชรบุรี.วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ.2559;31:26-36
7. ธนัษฐร กาฝากส้ม และคณะ.การศึกษาปัญหาการผัดนัดของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคภูมิแพ้โรงพยาบาลรามารามาศิตี.วารสารอายุกรรมรามารามาศิตี.2562;41:36-42
8. น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์ และสายใจ พัวพันธ์.ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา.วารสารพยาบาลทหารบก.2560;18:229-236
9. Cochran, W.G.1953.Sampling technique.New York:John Wiley & Son.Inc.
10. Benjamin,S Bloom.1986. 'Learning for mastery'. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles.Vol2:47-62

# บทความวิจัย

ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัยทำงานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการ  
ในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Knowledge and behavior of the working age patients with hyperlipidemia at The Regional Health Promotion Center 10<sup>th</sup> Ubon Ratchathani

รัตติยากร เจริญท้าว\* Ruttiyakorn Charemtow \*

## บทคัดย่อ

เป็นแบบเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัยทำงานที่มีไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในกลุ่มผู้รับบริการวัยทำงานที่มีอายุ 15-59 ปี เลือกแบบบังเอิญผู้มารับบริการ ช่วงเดือน ธันวาคม 2563 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2564 แบ่งเป็นเพศชาย 55 คน และเพศหญิง 57 คน จำนวน 112 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูง และตอนที่ 3 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.0 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงอยู่ในระดับดีและปานกลางใกล้เคียงกัน ร้อยละ 52.7 และ ร้อยละ 46.4 ตามลำดับ การศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงครึ่งหนึ่งมีความรู้อยู่ในระดับสูง และ 1 ใน 10 ยังมีความรู้ในระดับต่ำ ส่งผลต่อการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ควรสร้างกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น แอปพลิเคชัน หรือ Line health ทำโปรแกรมคำนวณปริมาณอาหารที่เกินความต้องการของร่างกาย และการคำนวณการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกิจกรรมของตนเอง เพื่อใช้ในการเตือนและช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ :** ความรู้, การปฏิบัติตัว, ผู้ป่วยวัยทำงานไขมันในเลือดสูง

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

\*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Ruty 564 @gmail.com

## Abstract

This research is descriptive to study the level of knowledge and the level of behavior of for working adult patients with Dyslipidemia that Received service at the Regional Health Promotion Center 10 Ubon Ratchathani. The working adult patients service recipients aged 15-59 years, randomly randomized that Received service during December 2020 -February 2021, divided into 55 males and 57 females, totaling 112 persons using the research tool, questionnaires,3 parts: Part 1 general information, Part 2 knowledge with Dyslipidemia and Part 3 behavior of Patients with Dyslipidemia. Data were collected by responding to a questionnaire of the sample group and analyzing the data using descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation.

The results of the research revealed that the knowledge of of working adult patients with Dyslipidemia most of them were at a high level of 67.0%. The behavior of for working adult patients with Dyslipidemia was at a good level and moderate level, 52.7% and 46.4%, respectively. The results are half of patients with Dyslipidemia had a high level of knowledge and 1 in 10 had a low level of knowledge. Resulting in incorrect practices Behavior modification strategies, such as applications or Line health, should be created. And calculating exercises that are suitable for their own activities To be used to remind and help patients to continue to behave appropriately.

**Keyword :** Knowledge, Practice, Working Adult Patients with Dyslipidemia

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันพบว่าคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอุดตันเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยพบได้ทั้งในเด็กวัยรุ่นและผู้สูงอายุที่มักมีร่างกายอ้วน ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสุขภาพของเมืองไทย และมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกๆปี ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง พบในคนเชื้อชาติตะวันตกมากกว่าคนเชื้อชาติเอเชีย พบในคนที่อาศัยในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท สำนักงานสถิติแห่งชาติไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีโรคไขมันในเส้นเลือดสูง แต่สถิติผู้ป่วยที่เป็นโรคไขมันในเส้นเลือดสูงของประเทศไทยนั้นพบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบภาวะลงพุง เอวหยาบ ไขมันในเส้นเลือดสูง รับประทานผัก ผลไม้ไม่พอ ทั้งนี้พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ชายมีภาวะอ้วน ร้อยละ 28.4 ผู้หญิง ร้อยละ 40.7 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี อย่างไรก็ตามภาวะที่เกิดขึ้นนี้สัมพันธ์กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ปัจจุบันเป็นที่น่าวิตกมากสำหรับคนทั่วไป เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) ตามมา ที่พบบ่อยคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart diseases) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular diseases) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral arterial diseases) ซึ่งนำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือดได้ นับเป็นโรคร้ายที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค<sup>1</sup> ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังมีผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้

สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย ในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย โรคนี้มีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้นเรื่อยๆ จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ซึ่งสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตและการบริโภคของคนไทยในปัจจุบันซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างมาก ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศ กระทรวงสาธารณสุข มีความพยายามที่จะดำเนินการควบคุมป้องกันมาตลอด แต่ยังคงพบปัญหาภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดตั้งระบบ ฝ้าระวังภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงในวัยทำงาน เนื่องจากวัยทำงานเป็นกลุ่มวัยที่มีความสำคัญและส่งผลต่อทารกและเด็กซึ่งเป็นเยาวชนของชาติ ไขมัน (Lipid)<sup>3</sup> มีความสำคัญ คือ เป็นสารอาหารที่ทำหน้าที่เป็นตัวละลายและช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายไขมัน อีกทั้งยังเป็นฉนวนป้องกันความร้อน ช่วยยึดอวัยวะภายในและป้องกันการกระทบกระเทือน

จากการสำรวจสถานการณ์ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงในวัยทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พบว่า ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงเป็นระยะเวลา 3 - 6 เดือน แต่พบว่ามีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงร้อยละ 60.4 ในระหว่าง พ.ศ. 2555 - 2560 จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความรู้และระดับปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการแก้ไขภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงในวัยทำงาน มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง อันจะก่อให้เกิดความยั่งยืนของโครงการต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัยทำงานที่มีไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## วิธีการดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ผู้รับบริการวัยทำงานที่มีอายุ 15-59 ปี ที่มารับบริการ

ในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปี 2564 จำนวน 621 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** เลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) จากผู้รับบริการวัยทำงานที่มีอายุ 15-59 ปี ที่มารับบริการ ช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 แบ่งเป็นเพศชาย 55 คน และเพศหญิง จำนวน 57 คน เป็นจำนวน 112 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1 ชุด แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ไม่ได้เรียน รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน ภูมิลำเนา อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นไขมันในเส้นเลือดสูง รับประทานยาลดไขมันในเลือด และสมาชิกในครอบครัวมีภาวะไขมันในเลือดสูง

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 11 ข้อ มี 3 คำตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน ไม่ใช่และไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน ใช้เกณฑ์การตัดสินของ Bloom 3 ระดับ คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนน 9-11 คะแนน เท่ากับ ระดับสูง ร้อยละ 60 – 79 ได้คะแนน 6 - 8 คะแนน เท่ากับระดับปานกลาง และน้อยกว่า 60 ได้น้อยกว่า 6 คะแนนเท่ากับระดับต่ำ

ตอนที่ 3 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 15 ข้อ เป็น 4 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติใน 1 สัปดาห์ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 วัน ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-5 วัน ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 6-7 วัน ให้ 4 คะแนน ใช้เกณฑ์การตัดสินของ Bloom 3 ระดับ คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนน 48-60 คะแนน เท่ากับ ระดับดี ร้อยละ 60 – 79 ได้คะแนน 36-47 คะแนน เท่ากับ ระดับปานกลาง และน้อยกว่า 60 คะแนน 15-35 คะแนน เท่ากับ ระดับน้อย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาทฤษฎี แนวคิด และวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำบันทึกขออนุญาตขอใช้สถานที่เก็บข้อมูล เมื่อได้รับการยินยอมแล้ว วางแผนดำเนินการเก็บข้อมูล(Table Data) และขอเข้าเก็บข้อมูลช่วงเดือน ธันวาคม 2563 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2564

2. การรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และได้ขอคำยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นรายลักษณะอักษรจากกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแบบสอบถามและเก็บแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ใช้รหัสแทนการลงชื่อและนามสกุล เน้นความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ และผู้วิจัยจะนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น เก็บข้อมูลเดือนวันที่ 1 ธันวาคม 2563 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2564

3. วิเคราะห์และประมวลผล เมื่อได้ข้อมูลนำจากแบบสอบถามที่ได้มาลงข้อมูลตามแบบการเก็บข้อมูล (Table Data) นำมาตรวจสอบความถูกต้องและข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือจะเข้าไปตรวจสอบอีกครั้งหาไม่มีจะดำเนินการตัดข้อมูลชุดนั้นทิ้ง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมากำหนดค่าตัวแปร เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

4. นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ประมวลผลมาสรุปรายงานผลภายในเดือนมีนาคม 2564

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วประมวลผลโดยด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.9 มีอายุเฉลี่ย 53.6 ปี กลุ่มอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 74.1 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 64.3 อาชีพข้าราชการ ร้อยละ 68.8 รายได้ 30,001-40,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 32.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป N=112 คน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	55	49.1
หญิง	57	50.9
<b>อายุ (ปี)</b>		
30-40	3	2.7
41-50	26	23.2
51-60	83	74.1
$\bar{X}$ =53.61, S.D. =5.17, Min =39, Max=59		
<b>การศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	3	2.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	3	2.7
อนุปริญญา/ปวส.	7	6.3
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	72	64.3
สูงกว่าปริญญาตรี	27	24.1
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/บาท</b>		
น้อยกว่า 10,000 บาท	5	4.5
10,001-20,000	8	7.1
20,001-30,000	9	8.0
30,001-40,000	36	32.1
40,001-50,000	28	25.0
50,001-60,000	23	2.7
60,001-70,000	3	20.5
$\bar{X}$ =40,040.01, S.D. =1,320.50, Min =1,000, Max=69,000		
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรกรรม	4	3.6
รับจ้าง	1	0.9
ค้าขาย	5	4.5
ข้าราชการ	77	68.8
อื่นๆ	25	22.3
<b>โรคประจำตัว</b>		
มี	112	100.0
- ไขมัน	50	44.6
- อื่นๆ	62	55.4
<b>ระยะเวลาที่เป็นไขมันในเส้นเลือดสูง (ปี)</b>		
1-5 ปี	62	55.4
6-10 ปี	43	38.4
>10 ปี	7	6.3
<b>รับประทานยาลดไขมันในเลือด</b>		
ไม่รับประทาน	17	15.2
รับประทาน	95	84.8
<b>มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะไขมันในเลือดสูง</b>		
ไม่มี	53	47.3
มี	59	52.7

## 2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูง

ความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคไขมันในเส้นเลือดสูงอยู่ในระดับสูงและปานกลาง ร้อยละ 59.8. และร้อยละ 30.4 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ (<6 คะแนน)	11	9.8
ปานกลาง (6-8 คะแนน)	34	30.4
สูง (9-11 คะแนน)	67	59.8
รวม	112	100.0

$\bar{x}$  = 8.60, S.D. =0.15, Min =3, Max=11

## 3. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง พบว่า มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดีและปานกลาง ร้อยละ 52.7 และร้อยละ 46.4 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัว

ระดับความรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย (15-35 คะแนน)	1	0.9
ปานกลาง (36-47 คะแนน)	52	46.4
ดี (48-60 คะแนน)	59	52.7
รวม	112	100.0

$\bar{x}$  =45.22, S.D. =4.44, Min =30, Max=52

## 4. เปรียบเทียบระดับความรู้กับระดับการปฏิบัติตัว

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้กับระดับการปฏิบัติตน พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับสูง มีการปฏิบัติตัวอยู่ระดับสูง ร้อยละ 61.2 และผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับต่ำ มีการปฏิบัติตัวอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.8 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละเปรียบเทียบระดับความรู้กับระดับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง

ระดับความรู้	ระดับการปฏิบัติตัว			รวม
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
สูง	41 (61.2%)	26 (38.8%)	0 (0.0%)	67 (100.0%)
ปานกลาง	16 (47.1%)	17 (50.0%)	1 (2.9%)	34 (100.0%)
ต่ำ	2 (18.2%)	9 (81.8%)	0 (0.0%)	11 (100.0%)
<b>รวม</b>	<b>59 (52.7%)</b>	<b>52 (46.4%)</b>	<b>1 (0.9%)</b>	<b>112 100.0%</b>

### การอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มีอายุเฉลี่ย 53.61 ปีอายุน้อยสุด 39 ปี จะเห็นว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดป่วยด้วยโรคไขมันในเส้นเลือดสูงจะมีอายุต่ำกว่าการศึกษาอื่น โดยอุบัติการณ์ของไขมันในเส้นเลือดสูงที่พบโรคนี้สามารถพบได้ในมากในช่วงอายุที่ 35 - 60 ปี อายุเฉลี่ย 45.15 และพบบ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย<sup>5</sup>

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเส้นเลือดสูง การศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแค่ครึ่งหนึ่งมีความรู้อยู่ในระดับสูง และประมาณ 1 ใน 10 ยังมีความรู้ในระดับต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่ความรู้เกี่ยวกับโรคไขมันในเส้นเลือดสูงผู้วิจัยจะประเมินเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค ค่าระดับผลตรวจเลือด อุบัติการณ์โรค การปฏิบัติตนที่ถูกต้องและผลกระทบที่มีผลต่อทารก และเด็ก ความรู้ของผู้ป่วยต้องใช้ความเข้าใจที่จะช่วยให้เกิดการตระหนักและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสุขภาพตนเอง ทำให้มีระดับความรู้สูงเพียง ร้อยละ 59.8 นอกจากนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงจะเน้นเรื่องการลดการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดภาวะไขมันสูง แต่อาจจะไม่ได้รับเรื่องของปริมาณอาหารที่รับประทานที่มากเกินไปจนเกินจำเป็นของร่างกายที่สามารถก่อให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงและภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงตามมา นอกจากนี้ การวัดระดับความรู้ในครั้งนี้เป็นการให้คำแนะนำหลังจากออกจากห้องตรวจก่อนกลับบ้านเน้นการพูดคุยในเรื่องที่เป็นปัญหาเฉพาะเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับความรู้ที่ใช้ในการวัดจึงส่งผลให้ยังผู้ป่วยมีความรู้ต่ำ<sup>6</sup>

3. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง พบว่า มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดีและปานกลางที่ใกล้เคียงกัน มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากที่สุด คือ สูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เช่น น้ำมันปลา หรือ โอเมก้า 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ อัสสันตชัย<sup>8</sup> ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันและพลังงานสูง การไม่ออกกำลังกาย มีความเครียดสูง การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างมากในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยลดไขมันแอลดีแอลที่เป็นไขมันไม่ดีได้มากถึง ร้อยละ 20-30 และการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะช่วยลดไขมันไตรกลีเซอไรด์ได้ จะเห็นได้ว่าในด้านการปฏิบัติตัวอยู่ระดับสูงเพียงครึ่งเดียว ซึ่งน่าจะเกิดจากระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่พบมีความรู้ อยู่ระดับสูง เนื่องจากความรู้และความเข้าใจจะส่งผลต่อการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับสมใจ ศิริภมม และกุลวดี อภิชาติบุตร<sup>9</sup> การมีความรู้ ทักษะและความเข้าใจประโยชน์ ของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างดี

## ข้อเสนอแนะ

1. ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือดสูงของวัยทำงานเป็นกลุ่มวัย ซึ่งเป็นวัยทำงานมีข้อจำกัดในการใช้เวลาในการรับต่อมารับความรู้โดยใช้เวลานานๆ การให้ความรู้ด้วยการพูดคุยในระยะเวลาดสั้น โดยเฉพาะหลังจากห้องตรวจไม่ได้ช่วยเพิ่มความรู้และเข้าใจให้กับผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการให้ความรู้เพิ่มเติมและพัฒนาสื่อความรู้เรื่องไขมันในเส้นเลือดสูง เพื่อให้สามารถเข้าใจและจดจำได้ง่าย สามารถเรียนรู้อัตโนมัติตลอดเวลาที่ต้องการ โดยเน้นเนื้อหาเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง เน้นการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Line หรือ พัฒนาแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ เป็นต้น

2. การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะเน้นเรื่องการลดการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดภาวะไขมันสูง แต่อาจจะไม่ได้รับเรื่องของปริมาณอาหารที่รับประทานที่มากเกินไปจนจำเป็นของร่างกายที่สามารถก่อให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง และภาวะไขมันในเลือดสูงตามมา รวมถึงเรื่องการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งไม่เหมาะสม ควรมีการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงที่เหมาะสมเพื่อให้ทราบแนวทางการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องและสร้างกำลังใจด้วย

### **ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ**

1. ควรจัดให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงโดยเน้นความรู้เรื่องการรับประทานอาหารมากเกินไปจนความต้องการของร่างกาย การรับประทานน้ำตาลจากผลไม้และผลไม้รสหวานจัด จะส่งผลทำให้เกิดระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น รวมทั้ง อาหารที่สามารถช่วยลดระดับไขมันในเลือดได้ เช่น น้ำมันปลา หรือ โอเมก้า 3 ซึ่งเป็นความรู้ใหม่ที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่ามีส่วนต่อการเพิ่มและลดของระดับไขมันในเลือด

2. การสร้างกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น คู่มือ แอปพลิเคชัน หรือ Line health โดยเน้นการลดพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ทอดน้ำมัน เช่น ก๋วยทอด ทอดมัน การทำโปรแกรมคำนวณปริมาณอาหารที่เกินความต้องการของร่างกาย และการคำนวณการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกิจกรรม เพื่อใช้ในการเตือนและช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมต่อไป

### **ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. การศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง และอุบัติการณ์ของระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ จึงขอเสนอแนะเชิงวิชาการคือ ควรมีการวิเคราะห์ ผลการตรวจสุขภาพ เพื่อติดตามดูแนวโน้ม และเป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกันต่อไป และควรมีการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. การศึกษาวิจัยในตัวเองด้าน เพศ ระดับการศึกษา ค่านิยม ความเชื่อ แรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง

3. ควรมีการศึกษาวิจัยทดลองการจัดกิจกรรมหรือสื่อสังคมออนไลน์ หรือโปรแกรมคำนวณ ปริมาณอาหารที่เกินความต้องการของร่างกาย และการคำนวณการออกกำลังกายที่เหมาะสม กับกิจกรรม และศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงปัญหา และ อุปสรรคต่อการ ดูแลตนเองของผู้ป่วย

### **เอกสารอ้างอิง**

1. กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ: รายงานการศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัย อันควรของประเทศไทย. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.. [อินเทอร์เน็ต].(ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2563].เข้าถึงได้จาก [www.thaincd.com](http://www.thaincd.com)
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2563].เข้าถึงได้จาก [www.moph.go.th](http://www.moph.go.th)
3. พีระ สมบัติดี,สายสมร พลตงนอก, สิทธิชัย เนตรวิจิตรพันธ์.ความรู้เรื่องภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติ(Dyslipidemia). พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ งานเวชกรรม สังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2558.
4. ทักษิณา ทรัพย์กรานนท์.พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ตำบลชมพู อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง.การค้นคว้าอิสระหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2560.
5. อรพรรณ ชีระตระกูลชัยและอรพรรณ ชัยมณี.ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับไขมัน ในเลือดที่ผิดปกติในบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.ธรรมศาสตร์เวชสาร ปีที่ 17 – 1 หน้า 9-17.2560.
6. สมใจ ศิระกมลและกุลวดี อภิชาติบุตร.พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.ศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital "วช.". [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2563].เข้าถึงได้จาก [www.nrct.go.th](http://www.nrct.go.th)
7. สุธิศา ล่ามช่างและคณะ.ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาจารย์คณะ พยาบาลศาสตร์. Chiang Mai University Digital Collections.[อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2563].เข้าถึงได้จาก [www.cmu.ac.th](http://www.cmu.ac.th)
8. ประเสริฐ อัสสันตชัย อ้างในการวิจัยของปริมประภา ก้อนแก้วและคณะ.ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ.วารสารการ พยาบาลและสุขภาพ ปีที่ 5 – 3 หน้า17-19.2554
9. Benjamin,S Bloom.Learning for mastery. Evaluation comment.Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles. Vol 2:47-62. 1986.

# บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลตำบลธาตุ  
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Effect of health literacy enhancement program on preventive  
behaviors of corona virus 2019 among elderly in That municipality  
Warinchamrab district Ubon Ratchathani province

ไกรวัลย์ มัธฐา\* Kriwan matthapa\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 คน ระยะเวลาทดลอง 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 นำไปทดลองใช้และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขสามารถที่จะนำไปใช้พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์การมีสุขภาพที่ดี

**คำสำคัญ :** ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

\*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ E-mail: joy77home@gmail.com

## Abstract

The purpose of this quasi experimental research with one-group pretest-posttest design was to compare the difference of health literacy and corona virus 2019 prevention behaviors before and after participation a health literacy enhancement program for prevention behaviors on corona virus 2019. Subjects were 50 elderly in That Municipality Warinchamrab district Ubonratchathani province. Purposively selected to attend the 8 week for the health literacy enhancement program. Data were collected by questionnaires. The content validity was validated by 3 experts and its CVI was 0.80 The reliabilities were 0.89 respectively. Data were then analyzed for finding frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

The results found that mean score on health literacy after receiving the health literacy enhancement program for corona virus 2019 prevention was statistically significantly higher than before receiving the program ( $p < 0.05$ ). Moreover mean score on almost every component of health literacy as follows ; access, cognitive, communication skill, self-management and media literacy after receiving the program was statistically significantly higher than before receiving the program ( $p < 0.05$ ). However, there was no significant difference in decision skill before and after the intervention. In addition mean score corona virus 2019 prevention behaviors of experimental group, after receiving the health literacy enhancement program for corona virus 2019 prevention, was statistically significantly higher than before receiving the program ( $p < 0.05$ ). The results of the research found that the health literacy enhancement program improves health literacy and corona virus 2019 preventive behaviors among elderly. Therefore, recommended that nurse or health personnel can be use the health literacy program for improving the health literacy on corona virus 2019 in elderly and leading to good health outcome.

**Keywords :** Health literacy enhancement, Corona virus 2019 prevention behaviors

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการระบาดและพบผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก รวมถึงสถานการณ์ในประเทศไทยมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ.2564 มีรายงานผู้ป่วยยืนยันสะสมทั่วโลก จำนวน 121,291,579 ราย เสียชีวิตสะสม 2,682,559 ราย ประเทศไทยพบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 248 ราย ผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 27,402 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 88 ราย<sup>1</sup> ถ้าหากประชาชนไม่ตระหนักในการป้องกันตนเองอาจจะทำให้มีการแพร่ระบาดในวงกว้างอีกครั้งหรือทำให้เกิด ผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้นได้ ซึ่งเชื้อไวรัสโคโรนาสามารถติดจากคนสู่คนโดยติดต่อผ่านทางละอองฝอยที่มีเชื้อไวรัสโคโรนาจากการไอ หรือจาม รดกัน แล้วหายใจเอาเชื้อเข้าสู่ปอด รวมไปถึงการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ โดยที่มือสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย หรือสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ธนบัตร โทรศัพท์ กลอนประตู สิ่งของต่างๆ<sup>2</sup> ผู้ป่วยจะแสดงอาการตั้งแต่ระดับความรุนแรงน้อย ได้แก่ คัดจมูก เจ็บคอ ไอ และมีไข้ ในบางรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการปอดอักเสบหรือหายใจลำบากร่วมด้วย ซึ่งหากรุนแรงมาก อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และในทางระบาดวิทยาคลินิก ลักษณะทางห้องปฏิบัติการ และลักษณะจากภาพถ่ายรังสีพบว่าเซลล์ที่มีโอกาสถูกทำลายจะเป็นด้านล่างของทางเดินหายใจ ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานของระบบทางเดินหายใจล้มเหลว โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เมื่อมีการติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงมากกว่า<sup>3</sup> เนื่องจากผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความไวต่อการรับสัมผัสเชื้อโรคเพราะเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำจึงมีโอกาสรับเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์จากหลายสำนักต่างระบุว่ากลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัส และมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้แม้ว่าสุขภาพโดยรวมจะแข็งแรงสมบูรณ์ก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวยิ่งมีความเสี่ยงมากยิ่งขึ้น เพราะระบบภูมิคุ้มกันโรคที่ต่ำลงตามวัยในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคร่วมเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงกว่า อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 4-11 ในผู้ที่อายุ 65-84 ปี และร้อยละ 10-27 ในผู้ที่อายุ 85 ปีขึ้นไป<sup>4</sup> แม้ว่าจะมีคำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุให้หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนแออัด เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนหนึ่งโดยเฉพาะผู้สูงอายุในต่างจังหวัดยังมีกิจกรรมที่ต้องออกนอกบ้านเพื่อไปทำบุญที่วัดหรือร่วมกิจกรรมของชุมชน รวมถึงพฤติกรรมต่างๆของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการรับสัมผัสเชื้อโรคได้ ซึ่งหลายการวิจัยบ่งชี้ว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะกลางที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพคือตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพที่บ่งชี้ว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค<sup>5</sup> โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่เกิดความเสื่อมถอยของร่างกายและมีโรคประจำตัว จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจำนวนมาก บางครั้งอาจจะได้ข้อมูลที่เป็นคำศัพท์

ที่เข้าใจยาก และข้อมูลมีแหล่งที่มาหลากหลายทำให้ผู้สูงอายุจะต้องตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพอันจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมของตนเอง ให้มีความเหมาะสม ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (non-literacy populations) และเป็นกลุ่มวัยที่พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมากกว่ากลุ่มวัยอื่น<sup>6</sup> จังหวัดอุบลราชธานี มีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อมูลวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 23 ราย เสียชีวิต จำนวน 1 ราย<sup>7</sup> ทั้งนี้จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีช่องทางสำหรับการเดินทางผ่านเข้าออกของประชาชนได้หลากหลายช่องทางทำให้มีประชาชนเดินทางเข้าออกอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังเป็นที่ตั้งของสถานที่ท่องเที่ยว โรงแรม หอพัก ร้านอาหาร รวมถึงสถานศึกษาขนาดใหญ่จำนวนมาก โดยเฉพาะในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ เป็นพื้นที่ซึ่งมีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นเนื่องจากอยู่ใกล้ที่ตั้งของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และทำให้มีการเดินทางเข้าออกของคนในพื้นที่และต่างถิ่น ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีโอกาสรับสัมผัสเชื้อโรคได้ง่ายหากไม่มีการป้องกันที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทปิม<sup>8</sup>

### **วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

### **สมมติฐานการวิจัย**

1. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการทดลอง

### **วิธีการดำเนินการวิจัย**

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest-posttest design)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด 10 หมู่บ้าน จำนวน 802 คน

### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่และมีรายชื่อในข้อมูลทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลธาตุ
2. สามารถอ่านออกเขียนได้
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เคยได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อน
2. มีปัญหาสุขภาพหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วย ที่ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้
3. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาและกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรม

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 50 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับความเชื่อมั่น  $\alpha = 0.05$  ค่าอำนาจการทดสอบ Power = 0.8 ค่าขนาดอิทธิพล Effect size = 0.4 จากงานวิจัยที่ผ่านมาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของรุ่งนภา อาระหงษ์<sup>9</sup> ซึ่งคำนวณด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป G\*Power 3.1.9.4 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 41 คน และได้มีการเพิ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 50 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทุกหมู่บ้านละ 5 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนันทปิมิ<sup>8</sup> ใช้ระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมในโปรแกรมและกำหนดข้อตกลงร่วมกัน และตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) กิจกรรมการบรรยาย (Lecture method) ประกอบการใช้สื่ออินโฟกราฟิก (Infographic) พร้อมทั้งการสาธิตและฝึกปฏิบัติ (Demonstration and practice) เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) กิจกรรมกลุ่มระดมสมอง (Brainstorming) และกิจกรรมสาธิตและฝึกปฏิบัติ (Demonstration and practice) เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access) กิจกรรมแสดงบทบาทสมมติ (Role play) เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill)

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ (Practice) การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง (Self-management) กิจกรรมการเรียนรู้จากกรณีตัวอย่าง (Case Method) จากกรณีที่มีส่งต่อข้อมูลและโฆษณาทางสื่อ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) กิจกรรมการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง (Simulation technique) เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการตามแผนด้านการจัดการตนเอง (Self-management) พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนและให้คำแนะนำเพิ่มเติมผ่านทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.80 และนำไปทดลองใช้และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น 0.89

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับอธิบายข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Paired-sample t-test สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

### การพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับเขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ ID-12-63-01-E

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 72.0 อายุเฉลี่ย 65.76 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.0 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.0 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 36.0 ความเพียงพอของรายได้แต่ละเดือน ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 60.0 ด้านความสามารถในการมองเห็น ส่วนใหญ่มองเห็นชัดเจน ร้อยละ 80.0 ด้านความสามารถในการได้ยิน ส่วนใหญ่ได้ยินชัดเจน ร้อยละ 94.0 ด้านความสามารถในการอ่านพบว่าไม่มีผู้อ่านได้คล่อง ร้อยละ 58.0 และมีผู้อ่านได้คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง ร้อยละ 42.0 ด้านความสามารถในการเขียนพบว่าไม่มีผู้เขียนได้คล่อง ร้อยละ 42.0 เขียนได้คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง ร้อยละ 58.0 ส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ร้อยละ 72.0 ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากันกับการรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากเพื่อนบ้านคือ ร้อยละ 72.0 และในช่วง 14 วันที่ผ่านมาสถานที่ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เดินทางไปมากที่สุดคือวัด ร้อยละ 74.0

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังการทดลอง (n=50)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	40.60	8.38	พอใช้	-13.64	49	<.001
หลังทดลอง	51.92	4.81	ดีมาก			

\*p-value < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม เท่ากับ 40.60 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม เท่ากับ 51.92 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t= 13.64, p-value < .001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง (n=50)		ก่อนทดลอง (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี	6	12.0	0	0.0
พอใช้	37	74.0	18	36.0
ดีมาก	7	14.0	32	64.0

จากตารางที่ 2 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 74.0 รองลงมาคือ ระดับดีมาก ร้อยละ 14.0 และระดับไม่ดี ร้อยละ 12.0 ส่วนหลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 64.0 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 36.0

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายองค์ประกอบ ก่อนและหลังการทดลอง

องค์ประกอบ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง (n=50)			ก่อนทดลอง (n=50)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล		
1. ด้านความรู้ ความเข้าใจ	11.76	2.48	พอใช้	14.28	1.29	ดีมาก	-8.04	0.000*
2. ด้านการเข้าถึง ข้อมูลและ บริการสุขภาพ	4.98	1.80	พอใช้	6.48	1.40	พอใช้	-7.00	0.000*
3. ด้านการสื่อสาร	5.60	1.98	พอใช้	7.98	1.39	ดีมาก	-8.98	0.000*
4. ด้านการจัดการ ตนเอง	4.14	1.66	ไม่ดี	6.10	1.69	พอใช้	-7.15	0.000*
5. ด้านการรู้ เท่าทันสื่อ	4.40	1.74	ไม่ดี	7.20	1.42	ดีมาก	-10.00	0.000*
6. ด้านการ ตัดสินใจ เลือกปฏิบัติ	9.72	1.40	ดีมาก	9.88	1.56	ดีมาก	-0.76	0.451

\*p-value < 0.05

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t= 8.04, 7.00, 8.98, 7.15, และ 10.00 ตามลำดับ p-value < .001) ส่วนด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t= 0.76, p-value = 0.451) ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการทดลอง (n=50)

พฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	40.36	6.10	ปานกลาง	-17.13	49	<0.001*
หลังทดลอง	52.70	5.09	สูง			

\*p-value < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 40.36 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 52.70 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับสูง โดยค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t= 17.10, p-value < .001)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ก่อนทดลอง (n=50)		หลังทดลอง (n=50)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ใช้ผ้ามือปิดปากปิดจมูก เมื่อไอหรือจาม	1.72	0.60	2.64	0.52	-8.09	0.000*
2. ล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เจลหลังไอ จาม หรือสั่งน้ำมูก	1.72	0.70	2.50	0.58	-7.22	0.000*
3. ล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เจลหลังสัมผัสเหรียญหรือธนบัตร	1.26	0.52	1.90	0.70	-6.82	0.000*
4. ล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เจลหลังกลับมาจากนอกบ้าน	1.46	0.57	2.22	0.50	-9.67	0.000*
5. เช็ดทำความสะอาดบริเวณที่ใช้นิ้วหรือสัมผัสร่วมกันด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคหรือน้ำผสมผงซักฟอก เช่น ราวบันได ลูกบิดประตู รีโมทโทรทัศน์ เป็นต้น	1.18	0.43	1.96	0.63	-8.95	0.000*
6. หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีคนแออัด เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด	2.14	0.85	2.38	0.63	-3.56	0.000*
7. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เช่น ไปบ้านเพื่อน วัด โรงพยาบาล ตลาด	2.48	0.57	2.86	0.35	-4.46	0.000*
8. นำหน้ากากอนามัยเมื่อใช้แล้วใส่ถุงพลาสติกปิดสนิท ก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด	1.16	0.37	2.58	0.57	-16.48	0.000*
9. ไม่ใช้มือสัมผัสตา จมูก ปาก	1.86	0.49	2.70	0.46	-12.69	0.000*
10. หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด	2.70	0.46	2.94	0.23	-3.93	0.000*

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

พฤติกรรมกำรป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ก่อนทดลอง (n=50)		หลังทดลอง (n=50)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
11. เมื่อมีเพื่อนบ้านหรือญาติมาเยี่ยมที่บ้าน ท่านได้ใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	2.00	0.67	2.88	0.32	-9.92	0.000*
12. ใช้แก้วน้้ำหรือขันน้้ำร่วมกับคนในบ้าน	2.14	0.72	2.80	0.40	-6.04	0.000*
13. รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ๆ	2.58	0.49	2.88	0.32	-3.90	0.000*
14. ท่านใช้ช้อนตักอาหารร่วมกับคนในบ้าน	2.64	0.48	2.92	0.27	-2.90	0.005*
15. ท่านใช้มือกินข้าวเหนียว กระจิบเดียวกันกับคนในบ้าน	1.52	0.70	2.48	0.57	-9.71	0.000*
16. เมื่อพบผู้มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด อาการไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านแนะนำให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม.	1.96	0.69	2.76	0.47	-7.48	0.000*
17. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านนอนแยกห้องกับบุคคลอื่นในบ้าน	2.52	0.76	2.84	0.37	-3.46	0.001*
18. ท่านงดการเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยงโรคระบาด	2.98	0.14	3.00	0.00	-1.00	0.322
19. เมื่อท่านเจ็บป่วยมีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.ทราบทันที	1.56	0.70	2.84	0.37	-12.91	0.000*
20. ท่านติดตามข่าวสาร สถานการณ์โรคโควิด -19 อย่างต่อเนื่อง	2.66	0.47	2.98	0.14	-4.80	0.000*

จากตารางที่ 5 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเกือบทุกข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นข้อ “**งดการเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยงโรคระบาด**” พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 1.00$ ,  $p\text{-value} = 0.322$ )

### **การอภิปรายผล**

**สมมติฐานข้อที่ 1** หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สอดคล้องกับผลการศึกษาของรุ่งนภา อาระหงษ์<sup>9</sup> ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงซึ่งประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีมซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะความรู้ทั้ง 6 ด้าน เช่นเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ที่ผู้วิจัยได้กำหนดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ครอบคลุมตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านตามแนวคิดของนัทบีม<sup>8</sup> เพื่อมุ่งเน้นให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีและสอดคล้องกับผลการศึกษาของสดดี ภูห่องไสยและคณะ<sup>10</sup> ที่ศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าด้านความรู้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งกิจกรรมในกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีการเลือกใช้ภาษา และกิจกรรมการเรียนการสอนของหลักสูตร ตลอดจนกระบวนการเรียนรู้ปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุให้เกิดการนำไปสู่ความสนใจของผู้เรียนที่เป็นผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของรจนารถ ชูใจ ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ<sup>11</sup> ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการจัดโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับองค์ประกอบที่สำคัญของความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของนัทบีม Nutbeam<sup>8</sup> ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครอบคลุมองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) กิจกรรมกลุ่มระดมสมอง(Brainstroming) เพื่อเปลี่ยนประสบการณ์ พร้อมทั้งการสาธิตและฝึกปฏิบัติ (Demonstration and practice) เพื่อพัฒนาทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) กิจกรรมการบรรยาย (Lecture method)

ประกอบการใช้สื่ออินโฟกราฟิก (Infographic) พร้อมทั้งการสาธิตและฝึกปฏิบัติ (Demonstration and practice) เพื่อพัฒนาด้านความรู้ความเข้าใจ 3) กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ (Role play) เพื่อพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร 4) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ (Practice) การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาทักษะด้านการจัดการตนเอง 5) กิจกรรมการเรียนรู้จากกรณีตัวอย่าง (Case method) จากกรณีที่มีส่งต่อข้อมูลและโฆษณาทางสื่อ เพื่อพัฒนาทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อและ 6) กิจกรรมการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง (Simulation technique) เพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจ ซึ่งให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ช่วยพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่เหมาะสมอย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายองค์ประกอบพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ยังอยู่ในระดับพอใช้เช่นเดียวกับก่อนการทดลอง สอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสื่อโซเชียล เช่น Line/Facebook/เว็บไซต์ เพียงร้อยละ 10.0 เท่านั้น โดยส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์ รองลงมาคือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อนบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา และคณะ<sup>12</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการแสวงหาข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ในระดับต่ำ ดังนั้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพโดยพิจารณาถึงบริบทและข้อจำกัดของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญสอดคล้องกับข้อมูลของวินัย ไตรนาทวัลย์ และคณะ<sup>6</sup> ที่ระบุว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรมรวมถึงบริบททางเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ส่วนด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยใช้กิจกรรมการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง (Simulation technique) เพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจสำหรับผู้สูงอายุ โดยเปิดคลิปวิดีโอ “คุณยายชวนเพื่อนไปสวนมนต์ข้ามคืน” ซึ่งเป็นสถานการณ์จำลองเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจให้แต่ละคนเขียนสิ่งที่ตนเองได้วิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติอย่างไรพร้อมเหตุผล อย่างไรก็ตามพบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองเป็นการตัดสินใจที่เหมาะสมอยู่แล้วโดยคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับดีมากและหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับดีมากเช่นเดียวกัน

**สมมติฐานข้อที่ 2** หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ การีสรพร และคณะ<sup>13</sup> ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของรุ่งนภา อาระห์<sup>9</sup> ที่พบว่าภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของรจนารถ ชูใจ ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ<sup>11</sup> ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับแนวคิดของอังคินันท์ อินทรกำแหง<sup>5</sup> ที่ระบุว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะกลางที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพคือตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพที่บ่งชี้ว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งอธิบายได้จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนันทิพย์<sup>6</sup> ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยพื้นฐานคือ ความรู้และความเข้าใจของบุคคลที่มีอยู่เดิม ซึ่งทักษะเหล่านี้จะพัฒนาได้จะต้องมีกระบวนการคิดวิเคราะห์ที่ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับและนำมาพัฒนาตนเองจนเกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพ

### **ข้อเสนอแนะ**

#### **ข้อเสนอแนะจากการวิจัย**

1. พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุข สามารถนำผลจากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการจัดโปรแกรม เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุ โดยกำหนดกิจกรรมในโปรแกรมที่สอดคล้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละองค์ประกอบ จะช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ครอบคลุมทำให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะและความสามารถที่จะเลือกตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ผู้บริหารระดับนโยบายของหน่วยงานสาธารณสุข สามารถนำผลจากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการหลักในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุ

#### **ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป**

1. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้นควรมีการศึกษาแบบ 2 กลุ่มเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

2. ควรมีการศึกษาค่าผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในระยะติดตาม ซึ่งเป็นความต่อเนื่องของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 วันที่ 18 มีนาคม 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>
2. วรชมน จันทรบึงกุล. การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19). เอกสารประกอบการบรรยายเวทีจุฬาเสวนาครั้งที่ 23 เรื่องตระหนักดีกว่าตระหนก เรียนรู้และป้องกัน โควิดไวรัส 2019. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์.[อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://chula.ac.th/wp-content/uploads/2020/02/การป้องกันตนเองจาก-COVID-credit-ศูนย์โรคอุบัติใหม่.pdf>
3. World Health Organization [Internet]. Pneumonia of unknown cause – China’, Emergencies preparedness, response, Disease outbreak news [updated 2020 Oct 20]. Available from: <https://www.who.int>
4. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. การดูแลผู้สูงอายุในช่วง COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th>
5. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
6. วินัย ไตรนาทวลย์. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ.วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; 27:132-144.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. ข้อมูลสถานการณ์ COVID-19 วันที่ 18 มีนาคม 2564 ;นำเสนอ EOC จังหวัดอุบลราชธานี.
8. Nutbeam, D. Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Education Research. 23(5). Published by Oxford University Press; 2008.
9. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2560.
10. สดุดี ภูห่องไสยและคณะ. การพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่7. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้ จาก: <https://hpc7.anamai.moph.go.th>
11. รจนารถ ชูใจ ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564; 8:250-262.
12. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และคณะ. พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ และสื่อสังคมของผู้สูงอายุตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560; 11:12-22.
13. กรรณิการ์ การีสรพรและคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารรามธิบดีพยาบาลสาร 2562; 25:280-294.

# บทความวิจัย

การศึกษาปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการ  
ในเขตสุขภาพที่ 10

A study of polar compounds in repeated frying oil of the food  
sellers at 10<sup>th</sup> Public Health Region

นฤมล เทียมสุวรรณ\* Naruemon Theamsuwan\*

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ และเพื่อเปรียบเทียบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการในเขตสุขภาพที่ 10 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ประกอบการร้านอาหารทอด ใน 5 จังหวัด อำเภอละ 5 คน (68 อำเภอ) รวม 340 คน และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ชุดทดสอบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ ที่ใช้ตรวจสอบว่าน้ำมันที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหารนั้น พบปริมาณสารโพลาร์อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยหรือไม่ และแบบบันทึกการประเมินผลจากการตรวจวิเคราะห์สารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ เก็บข้อมูลโดยการลงพื้นที่เก็บตัวอย่างน้ำมัน และสัมภาษณ์ผู้ประกอบการระหว่างวันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาลักษณะของร้าน ส่วนใหญ่เป็นประเภทร้านอาหาร ร้อยละ 62.4, เป็นประเภทร้านอาหารตามสั่งมากถึงร้อยละ 66.8 เจ้าของร้านเป็นผู้ดูแลร้านเอง ร้อยละ 97.1 เคยได้รับการตรวจสอบสารโพลาร์ในน้ำมันแล้วร้อยละ 55 ปริมาณน้ำมันที่ใช้ทอดต่อวันส่วนใหญ่ใช้ 1 - 2 ลิตร ร้อยละ 49.4, ประเภทน้ำมันที่ใช้เป็นน้ำมันพืช ร้อยละ 67.7, ชนิดบรรจุภัณฑ์น้ำมันที่ใช้เป็นถุง ร้อยละ 39.7 จำนวนครั้งที่ใช้น้ำมันซ้ำอยู่ที่ 2 ครั้ง ร้อยละ 39.7 และลักษณะของสีน้ำมันที่พบส่วนใหญ่เป็นสีเหลืองเข้ม ร้อยละ 37.4 ผลการตรวจวิเคราะห์สารโพลาร์ในน้ำมันพบสีของน้ำยาทดสอบมากที่สุด 2 ลำดับ ได้แก่ สีม่วง ร้อยละ 50.3 รองลงมาคือสีชมพู ร้อยละ 37.6 ผลการทดสอบพบว่าสารโพลาร์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 9-20 ร้อยละ 52.9 และผ่านการประเมินตามเกณฑ์ร้อยละ 87.9 เมื่อเปรียบรายจังหวัดพบว่า จังหวัดยโสธรผลการประเมินตามเกณฑ์ผ่านมากที่สุด ร้อยละ 95.6 รองลงมาคือจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านการประเมินอยู่ที่ร้อยละ 88.0 และจังหวัดที่ปริมาณสารโพลาร์เกินเกณฑ์ 2 อันดับแรก ได้แก่จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 16.0 และจังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ 14.3

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการในเขตสุขภาพที่ 10 มีประโยชน์ในการเฝ้าระวังสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำในพื้นที่ได้ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาและปรับใช้ในการวางแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการในการใช้น้ำมันในการปรุงประกอบอาหาร

**คำสำคัญ:** น้ำมันทอดซ้ำ สารโพลาร์

\*นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

\*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: creamrio.c@gmail.com

## Abstract

This study The objective is to study the general characteristics of entrepreneurs. and to compare the polar content in re-frying oil of entrepreneurs in the 10th health district. The sample group was fried restaurant operators in 5 provinces, 5 people in each district (68 districts), totaling 340 people. namely Repeat test kit for polar content in frying oil used to verify that the oil provided in the cooking Found the amount of polar substance in the safe or not? and the evaluation record form from the re-analysis of polar substances in the frying oil. Collect data by visiting the oil sampling area and interviews with entrepreneurs Between 1 - 28 February 2021, data were analyzed using descriptive statistics.

the results of the study of the characteristics of the shop Most of them were restaurants 62.4%, a la carte restaurants, 66.8%.The shopkeepers were the shopkeepers themselves. 97.1% had been tested for polar substances in their oils, 55% The amount of oil used Most of the fry per day used 1 - 2 liters 49.4%, the type of oil used as vegetable oil 67.7%, the type of oil packaging used in bags 39.7%, the number of times that the oil was reused 2 times, 39.7% and The color characteristics of the oils found were mostly dark yellow, 37.4%. The results of the analysis of polar substances in the oil showed the color of the test reagents, the most 2 sequences were purple, 50.3%, and pink came down to 37.6%. The test found that most of the polar substances were in the range of 9-20 %, 52.9% and passed the assessment according to the criteria 87.9% Comparing the provinces, it was found that Yasothon Province, the most passing criteria was 95.6%, followed by 95.6%. is Ubon Ratchathani Province Passed the assessment at 88.0%, and the top two provinces with excess polar content were Sisaket at 16.0% and Amnat Charoen Province at 14.3%.

The results of the study of the characteristics of the shop Most of them are restaurants 62.4%, a-la-carte restaurants up to 66.8% 97.1% of the shop owners themselves, have been tested for polar substances in oil 55.0% results This study shows that the polar content in re-frying oils of operators in Health District 10 is useful in re-monitoring the polar content in frying oils in the area. The information obtained can be developed and applied in planning operations to suit the context of the area. and set up guidelines to educate entrepreneurs on how to use oil in cooking

**Keywords :** frying oil, Polar Compounds

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดำรงชีวิตของคนไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปมาก ส่วนใหญ่มักไม่มีเวลาในการปรุงอาหารรับประทานเองดังนั้นการรับประทานอาหารนอกบ้านหรือการซื้ออาหารสำเร็จรูปกลับไปรับประทานที่บ้านจึงเป็นเรื่องปกติ อาหารประเภททอดเป็นอาหารประเภทหนึ่งที่ได้รับคามนิยมในการบริโภคสูง เพราะกระบวนการทอดช่วยให้อาหารมีกลิ่นหอมและรสชาติดี วัตถุดิบที่สำคัญที่ใช้ ในการประกอบอาหารประเภททอดคือ น้ำมันพืชและน้ำมันหมูที่ใช้ในการทอด ดังนั้นอาหารทอดที่รับประทานอยู่ทุกวันจะเป็นอาหารที่มีคุณภาพให้ประโยชน์ต่อร่างกายหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับคุณภาพของน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร หากนำน้ำมันที่มีสารพิษมาใช้จะส่งผลเสียต่อผู้บริโภคได้

หากน้ำมันที่ทอดเสื่อมคุณภาพสารพิษที่เกิดขึ้นย่อมดูดซับหรือปนเปื้อนกับอาหารที่บริโภค และส่งผลต่อร่างกายโดยตรง จากการศึกษาพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่ใช้ไขมันเสื่อมคุณภาพ<sup>1</sup> จากการศึกษาของ เจตนา วีระกุล<sup>2</sup> เรื่องความเป็นพิษต่อเซลล์และความเป็นพิษทางพันธุกรรมของน้ำมันปรุงอาหารทอดซ้ำในเซลล์เลี้ยงดับที่ทำการทดสอบในน้ำมันสองชนิดคือ น้ำมันถั่วเหลือง และน้ำมันปาล์ม โดยการทอดที่อุณหภูมิ 165 องศาเซลเซียส พบว่า การมีชีวิตรอดของเซลล์ลดลงและเกิดไมโครนิวเคลียสเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Varela และคณะ<sup>3</sup> พบว่า สารประกอบพอลิเมอร์ที่มีขี้ว เรียกว่า สารประกอบโพลาร์ (Polar compounds) เป็นสารที่สามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภคได้ โดยสารดังกล่าวสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์และก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Christian<sup>4</sup> พบสารบางชนิดที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของน้ำมันจากการทอด เป็นสารก่อกลายพันธุ์และทำให้เกิดมะเร็งบนผิวหนัง สารบางตัวที่เกิดจากน้ำมันทอดซ้ำสามารถก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ในเชื้อแบคทีเรีย ก่อให้เกิดเนื้องอกในตับ ปอดและมะเร็งเม็ดเลือดขาวในหนูทดลอง จะเห็นได้ว่าน้ำมันที่ผ่านการทอดหลายครั้งจะมีคุณสมบัติที่เสื่อมลงทั้งสิ้น กลิ่นรสชาติเปลี่ยนไป จุดเกิดควันลดลงและมีความหนืดมากขึ้นในระหว่างการทอดจะมีการแตกตัวของน้ำมัน(สารโพลาร์) เกิดขึ้นมากมาย ซึ่งสารประกอบที่เกิดขึ้นนี้สามารถสะสมในร่างกายและส่งผลกระทบต่อการทำงานของเซลล์ และสารโพลาร์สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดในการเสื่อมสภาพของน้ำมันได้ดีเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดอื่นๆซึ่งไม่มีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการเสื่อมสภาพของน้ำมัน<sup>5</sup>

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 7 อุบลราชธานี ได้ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารที่ใช้ไขมันในการทอดเพื่อตรวจปริมาณสารโพลาร์ในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวนเทศบาล 4 แห่ง จำนวนผู้ประกอบการร้านค้า 24 ร้าน ปริมาณน้ำมันเหลือจากการประกอบอาหาร/เดือน 1,480 ลิตร ในเทศบาลนครอุบลราชธานี จำนวน 5 ร้าน พบปริมาณน้ำมันเหลือ/เดือนมากที่สุด ในอำเภอเมือง 1,100 ลิตร มีการใช้น้ำมันทอดซ้ำนานที่สุด 5 วัน

และมีจำนวนการทอดซ้ำมากกว่า 5 ครั้ง จึงเปลี่ยนน้ำมันใหม่ ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการเปลี่ยนถ่ายน้ำมันที่ทอดแล้วและใช้น้ำมันใหม่ในการทอดอาหารครั้งต่อไป ผู้ประกอบการมีการใช้น้ำมันเก่ามาผสมน้ำมันใหม่เพื่อใช้ทอดอาหารหลายครั้ง ส่งผลต่อการพบปริมาณสารโพลาร์เกินมาตรฐาน<sup>6</sup>

จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ประกอบการ และเปรียบเทียบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาและปรับใช้ในการวางแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการในการใช้น้ำมันในการปรุงประกอบอาหาร

### **วัตถุประสงค์การวิจัย**

- 1) เพื่อวิเคราะห์ปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการในเขตสุขภาพที่ 10
- 2) เพื่อเปรียบเทียบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการในเขตสุขภาพที่ 10

### **กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย**

การศึกษาปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการในเขตสุขภาพที่ 10 ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของน้ำมันทอดซ้ำ และผู้ประกอบการในเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้ชุดทดสอบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ พร้อมคู่มือ ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้ตรวจสอบว่าน้ำมันที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหารนั้น พบปริมาณสารโพลาร์อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยหรือไม่ สามารถแปลผลได้เมื่อน้ำยาทดสอบผลมเป็นเนื้อเดียวกับน้ำมัน ใน 30 วินาที

### **วิธีการดำเนินการวิจัย**

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (A cross-sectional descriptive study)

#### **ประชากรกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ประกอบการร้านอาหารทอด และน้ำมันทอดซ้ำจากร้านของผู้ประกอบการร้านอาหารทอด ในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ อุดรราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ โยธธร และมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ประกอบการร้านอาหารทอด ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 340 คน จากร้านขายอาหารทอด จำนวน 340 แห่ง โดยดำเนินการเลือกร้านอาหารทอดใน 5 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 10 มาอำเภอละ 5 แห่ง (68 อำเภอ) รวมทั้งหมด 340 แห่ง คำนวณหาโดยใช้สูตร Finite pop mean

- 2) น้ำมันทอดซ้ำจากร้านของผู้ประกอบการร้านอาหารทอด ในข้อ 1) จำนวน 340 ตัวอย่าง

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. ชุดทดสอบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ พร้อมคู่มือ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้ตรวจสอบว่าน้ำมันที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหารนั้น พบปริมาณสารโพลาร์อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยหรือไม่ สามารถแปลผลได้เมื่อนำยาทดสอบผลมเป็นเนื้อเดียวกับน้ำมัน ใน 30 วินาที

2. แบบบันทึกการประเมินผลจากการตรวจวิเคราะห์สารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ โดยแบบบันทึกจะประกอบไปด้วย

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1) ชื่อร้าน                                   | 2) จังหวัด               |
| 3) ลักษณะร้าน                                 | 4) ประเภทอาหารที่จำหน่าย |
| 5) ข้อมูลการได้รับการตรวจสอบสารโพลาร์ในน้ำมัน | 6) ปริมาณน้ำมันที่ใช้    |
- โดยแบ่งเป็น เคยได้รับการตรวจ และไม่เคยได้รับการตรวจ
- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| 7) จำนวนครั้งในการใช้ซ้ำ | 8) ลักษณะและสีของน้ำมัน |
| 9) สีน้ำยาในหลอดทดลอง    | 10) ผลการตรวจสอบ        |

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ชุดทดสอบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยให้ผู้ตรวจ 2 คนทดสอบปริมาณสารโพลาร์จากตัวอย่างเดียวกัน จำนวน 5 ตัวอย่าง พบว่าผู้ตรวจทั้ง 2 คนบันทึกผลได้สอดคล้องกันทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) จัดเตรียมเครื่องมือ ได้แก่ ชุดทดสอบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำและแบบบันทึก
- 2) เก็บข้อมูลร้านอาหารทอดที่กำหนดไว้โดยการสังเกตชื่อร้าน ลักษณะร้าน และสอบถามข้อมูล ประเภทอาหารที่จำหน่าย การได้รับการตรวจสอบสารโพลาร์ในน้ำมัน ปริมาณน้ำมันที่ใช้ในแต่ละวัน จำนวนครั้งในการใช้น้ำมันซ้ำจากผู้ประกอบการร้านอาหารทอด
- 3) บันทึกสีน้ำยาในหลอดทดลองลงในแบบบันทึก และสรุปผลการทดสอบ
- 4) การวิเคราะห์ข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ โดยชุดทดสอบได้ทั้งหมดแล้วตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ผลดังนี้ ข้อมูลที่ได้จากการตรวจตัวอย่างน้ำมันทอดซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน และร้อยละสำหรับเกณฑ์การแปลผลการตรวจสอบสารโพลาร์ในน้ำมันของร้านอาหารทอดคือ จะต้องพบปริมาณของสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำไม่เกินร้อยละ 25.0 หรือนำยาทดสอบเป็นสีชมพูอมม่วง สีชมพูเข้ม และสีชมพูอ่อน จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข หากปริมาณของสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำมากกว่าร้อยละ 25.0 สีน้ำยาทดสอบจะเป็นสีเหลือง แปลผลได้ว่าตัวอย่างน้ำมันนั้นเป็นน้ำมันที่เสื่อมสภาพแล้วไม่ควรใช้

## ผลการวิจัย

ผลการศึกษาลักษณะของร้าน ส่วนใหญ่เป็นประเภทร้านอาหาร จำนวน 212 ร้าน ร้อยละ 62.4 เป็นแผงลอย จำนวน 128 ร้าน ร้อยละ 37.6 เป็นประเภทร้านอาหารตามสั่ง 227 ร้าน ร้อยละ 66.8 ร้านโก๋ทอด 39 ร้าน ร้อยละ 11.5 ร้านไขเจียว 8 ร้าน ร้อยละ 2.4 ร้านโรตีสี 1 ร้าน ร้อยละ 0.3 ร้านผัดไทย 2 ร้าน ร้อยละ 0.6 และร้านลูกชิ้น 63 ร้าน ร้อยละ 18.5 โดยส่วนใหญ่เจ้าของร้านเป็นผู้ดูแลร้านเอง จำนวน 330 ร้าน ร้อยละ 97.1 และให้ลูกจ้างดูแลร้าน จำนวน 40 ร้าน ร้อยละ 2.9 ร้านส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจสอบสารโพลาร์ในน้ำมันแล้ว จำนวน 187 ร้าน ร้อยละ 55 และยังไม่ได้รับการตรวจ 153 ร้าน ร้อยละ 45 ปริมาณน้ำมันที่ใช้ทอดต่อวัน ส่วนใหญ่ใช้ 1 - 2 ลิตร จำนวน 168 ร้าน ร้อยละ 49.4 ถัดมาคือใช้มากกว่า 2 ลิตรต่อวัน จำนวน 152 ร้าน ร้อยละ 44.7 และใช้น้อยกว่า 1 ลิตร ต่อวัน 20 ร้าน ร้อยละ 5.9 ประเภทน้ำมันที่ใช้เป็นน้ำมันพืช จำนวน 230 ร้าน ร้อยละ 67.7 และน้ำมันหมู 110 ร้าน ร้อยละ 32.4 ชนิดบรรจุภัณฑ์น้ำมันที่ใช้เป็นถุง 135 ร้าน ร้อยละ 39.7 น้ำมันขวด จำนวน 121 ร้าน ร้อยละ 35.6 และเป็นน้ำมันบีบ จำนวน 84 ร้าน ร้อยละ 24.7 จำนวนใช้น้ำมันทอดซ้ำอยู่ที่ 2 ครั้ง จำนวน 135 ร้าน ร้อยละ 39.7 ใช้น้ำมันทอดซ้ำอยู่ที่ 3 ครั้ง จำนวน 112 ร้าน ร้อยละ 32.9 ใช้น้ำมัน 1 ครั้ง (ใช้แล้วทิ้ง) 58 ร้าน ร้อยละ 17.1 และใช้น้ำมันทอดซ้ำอยู่ที่ 4 ครั้ง จำนวน 35 ร้าน ร้อยละ 10.3 ลักษณะของสีน้ำมันที่พบส่วนใหญ่เป็นสีเหลืองเข้ม 127 ร้าน ร้อยละ 37.4 สีเหลืองขุ่น 117 ร้าน ร้อยละ 34.4 สีเหลืองใส จำนวน 72 ร้าน ร้อยละ 21.2 และสีน้ำตาล 24 ร้าน ร้อยละ 7.1 ผลการตรวจวิเคราะห์สารโพลาร์ในน้ำมันพบสีของน้ำยาทดสอบดังนี้ สีม่วง (สารโพลาร์อยู่ในช่วง 9.0 - 20.0 เป็นน้ำมันที่ใช้ได้) 171 ร้าน ร้อยละ 50.3 ลองลงมาคือสีชมพู (สารโพลาร์อยู่ในช่วง 24 .0 เป็นน้ำมันที่ยังใช้ได้ แต่ไม่ควรเติมน้ำมันใหม่เพิ่มลงไป) 128 ร้าน ร้อยละ 37.6 และสีเหลืองอ่อน (สารโพลาร์อยู่ในช่วงเกิน 25.0 เป็นน้ำมันเสื่อมสภาพไม่ควรใช้) 41 ร้าน ร้อยละ 12.1

ผลการทดสอบพบว่าสารโพลาร์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 9.0 - 20.0 (เป็นน้ำมันที่ใช้ได้) จำนวน 180 ร้าน ร้อยละ 52.9 สารโพลาร์อยู่ในช่วง 24.0 (เป็นน้ำมันที่ยังใช้ได้ แต่ไม่ควรเติมน้ำมันใหม่เพิ่มลงไปจำนวน) 119 ร้าน ร้อยละ 35.0 และอยู่ในช่วงเกิน 25.0 (สารโพลาร์อยู่ในช่วงเกิน 25.0 เป็นน้ำมันเสื่อมสภาพไม่ควรใช้) จำนวน 41 ร้าน ร้อยละ 12.1 ผลการประเมินตามเกณฑ์น้ำมันสามารถใช้ได้อยู่ในช่วงค่าที่ปลอดภัยคือปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันไม่เกินร้อยละ 25.0 จำนวน 299 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 87.9 และปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่อยู่ในช่วงเกินร้อยละ 25.0 คือน้ำมันเสื่อมสภาพไม่ควรใช้ จำนวน 41 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 12.1

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างรายจังหวัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างจังหวัดโยธยาผลการประเมินตามเกณฑ์มากที่สุด ร้อยละ 95.6 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างจังหวัดมุกดาหาร ผ่านการประเมินอยู่ที่ ร้อยละ 91.4 กลุ่มตัวอย่างจังหวัดอุบลราชธานีผ่านการประเมิน ร้อยละ 88.0 กลุ่มตัวอย่างจังหวัดอำนาจเจริญผ่านการประเมิน ร้อยละ 85.7 และกลุ่มตัวอย่างจังหวัดศรีสะเกษ ผ่านการประเมิน ร้อยละ 84.0 ตามลำดับ

## การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าลักษณะของร้าน ส่วนใหญ่เป็นประเภทร้านอาหาร ร้อยละ 62.4, เป็นประเภทร้านอาหารตามสั่งมากถึงร้อยละ 66.8 เจ้าของร้านเป็นผู้ดูแลร้านเอง ร้อยละ 97.1 เคยได้รับการตรวจสอบสารโพลาร์ในน้ำมันแล้วร้อยละ 55 ปริมาณน้ำมันที่ใช้ทอดต่อวันส่วนใหญ่ใช้ 1 - 2 ลิตร ร้อยละ 49.4 ประเภทน้ำมันที่ใช้เป็นน้ำมันพืช ร้อยละ 67.7 ชนิดบรรจุภัณฑ์น้ำมันที่ใช้เป็นถุง ร้อยละ 39.7 จำนวนครั้งที่ใช้น้ำมันซ้ำอยู่ที่ 2 ครั้ง ร้อยละ 39.7 รองลงมาคือ 3 ครั้ง ร้อยละ 32.9 1 ครั้ง (ใช้แล้วทิ้ง) ร้อยละ 17.1 และ 4 ครั้ง ร้อยละ 10.3 และลักษณะของสีน้ำมันที่พบส่วนใหญ่เป็นสีเหลืองเข้ม ร้อยละ 37.4 รองลงมาคือสีเหลืองชุน ร้อยละ 34.4 สีเหลืองใส ร้อยละ 21.2 และสีน้ำตาล ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา คงจรัส 7 กล่าวหาปริมาณสารโพลาร์ที่เกิดขึ้นในน้ำมันทอดอาหารที่มีการวัดซ้ำ 5 ครั้ง ติดต่อกัน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ( $F=5.307$ ,  $df=1.5092$ ,  $p < 0.011$ ) ปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหารครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2, 3, 4 และ 5 พบค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้านอาหารหรือแผงลอยที่มีการทอดซ้ำมากกว่า 4 ครั้ง ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องน้ำมันทอดซ้ำแก่ผู้ประกอบการ ทุกปีและเร่งประชาสัมพันธ์รณรงค์โทษให้ผู้ประกอบการทราบอย่างทั่วถึง เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำที่มีสารโพลาร์เกินมาตรฐาน รวมถึงการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหารเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคในทุกพื้นที่

2. การตรวจวิเคราะห์สารโพลาร์ในน้ำมันพบสีของน้ำยาทดสอบได้แก่ สีม่วง (สารโพลาร์อยู่ในช่วงร้อยละ 9.0-20.0 เป็นน้ำมันที่ใช้ได้) ร้อยละ 50.3 รองลงมาคือสีชมพู (สารโพลาร์อยู่ในช่วงร้อยละ 24.0 เป็นน้ำมันที่ใช้ได้) ร้อยละ 37.6 และสีเหลืองอ่อน (สารโพลาร์อยู่ในช่วงเกิน 25.0 เป็นน้ำมันเสื่อมสภาพไม่ควรใช้) ร้อยละ 12.1

ผลการทดสอบพบว่าสารโพลาร์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 9.0-20.0 ร้อยละ 52.9 รองลงมาคืออยู่ในช่วง 24.0 ร้อยละ 35.0 และอยู่ในช่วงเกิน 25.0 ร้อยละ 12.1 ตามลำดับ และผลการประเมินตามเกณฑ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการประเมิน อยู่ที่ 299 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 87.9 จะเห็นว่ายังมีจำนวนอีก 41 ร้าน หรือร้อยละ 12.1 ยังเกินเกณฑ์มาตรฐาน นั่นก็คือใช้น้ำมันที่มีสารโพลาร์อยู่ในช่วงเกิน 25.0 ซึ่งถือเป็นน้ำมันเสื่อมสภาพไม่ควรใช้

และผลการตรวจวิเคราะห์สารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำรายจังหวัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างจังหวัด ยโสธรผลการประเมินตามเกณฑ์ผ่านมากที่สุด ร้อยละ 95.6 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างจังหวัด มุกดาหาร ผ่านการประเมินอยู่ที่ร้อยละ 91.4 กลุ่มตัวอย่างจังหวัดอุบลราชธานีผ่านการประเมิน ร้อยละ 88.0 กลุ่มตัวอย่างจังหวัดอำนาจเจริญผ่านการประเมิน ร้อยละ 85.7 และกลุ่มตัวอย่างจังหวัดศรีสะเกษผ่านการประเมิน ร้อยละ 84 ตามลำดับ จะเห็นว่าการใช้ใช้น้ำมันทอดซ้ำเพียง 2 ครั้ง เป็นเหตุให้ผลการประเมินปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันจึงผ่านเกณฑ์ หรืออยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ผลการทดสอบอยู่ภายในช่วง ร้อยละ 9 -20 สีของน้ำยาทดสอบเป็นสีม่วง ส่วนในการใช้น้ำมันทอดซ้ำจำนวน 2 ครั้ง และ 3 ครั้ง พบว่า ผลการทดสอบพบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำไม่เกิน ร้อยละ 24.0 สีของน้ำยาทดสอบเป็นสีชมพู ซึ่งก็ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย หากเป็นการบริโภคในบ้านเรือนการใช้ใช้น้ำมันทอดซ้ำ 2-3 ครั้ง ถือว่าค่อนข้างปลอดภัย เนื่องจากไม่มีน้ำมันพืชชนิดต่าง ๆ ที่ใช้ในการสำรวจมีปริมาณสารโพลาร์เกินขีดจำกัดที่มีอันตรายต่อสุขภาพ

เนื่องจากพบปริมาณสารโพลาร์อยู่ในช่วงเกิน 25.0 สีของน้ำยาทดสอบเปลี่ยนเป็นสีเหลืองอ่อน (เป็นน้ำมันเสื่อมสภาพไม่ควรใช้) ในตัวอย่างอาหารอยู่จำนวนหนึ่ง และพบปริมาณสารโพลาร์อยู่ในช่วงเกิน 24.0 สีของน้ำยาทดสอบเปลี่ยนเป็นสีชมพู ถึงร้อยละ 35.0 (เป็นน้ำมันที่ใช้ได้) ซึ่งเสี่ยงต่อการพบปริมาณสารโพลาร์เกินเกณฑ์มาตรฐาน แต่เนื่องด้วยผู้ประกอบการมีการเติมปริมาณน้ำมันใหม่ทดแทนน้ำมันเก่าที่ใช้ไป ทำให้น้ำมันเก่ามีปริมาณสารโพลาร์ลดลง จากการกระทำของผู้ประกอบการดังกล่าวถือว่ามีปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เพราะหากน้ำมันทอดอาหารมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ควรเปลี่ยนน้ำมันทอดอาหารใหม่ทันที ไม่ควรเติมน้ำมันใหม่ลงไปเรื่อยๆ เช่น กลิ่นเหม็นหืน เหนียวข้น สีดำ เกิดฟอง ควั่น เหม็นไหม้ ใอน้ำมันทำให้ระคายเคืองตา และล้าคอเมื่อโดนความร้อน และเนื่องจากมีหน่วยงาน สสจ. เทศบาลตำบล และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เข้ามาตรวจเฝ้าระวังงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีการตรวจสอบสารโพลาร์ในน้ำมันเป็นประจำทุกปี จึงส่งผลให้ผู้ประกอบการมีการเฝ้าระวัง และมีการตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา

#### **ข้อเสนอแนะ**

1. จากผลการวิจัยร้านที่ตรวจพบปริมาณสารโพลาร์อยู่ในช่วงร้อยละ 25.0 ซึ่งผลการตรวจมีโอกาสเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้านเหล่านี้ควรติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและตรวจประเมินซ้ำเพื่อควบคุมปริมาณสารโพลาร์ไม่ให้เกินมาตรฐาน

2. จังหวัดที่พบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำมากที่สุด ได้แก่จังหวัดศรีสะเกษ และอำนาจเจริญ ควรมีการส่งเสริมให้มีการณรงค์ลดการใช้ น้ำมันเก่าหรือน้ำมันทอดซ้ำ และมีการเฝ้าระวังตรวจประเมินปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำปีละครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้ปริมาณสารโพลาร์เกินเกณฑ์มาตรฐาน

#### **เอกสารอ้างอิง**

1. Sorigure, F., Matinet, G.R., Dobarganet, M.C., Almeida, J.M.G., Esteva, I., Beltran, M., & Adana, M.S. Hypertension is related to the degradation of dietary frying oils. The American Journal of Clinical Nutrition; 2003:78(60), 1092-1097.
2. เจตนา วีระกุล. การศึกษาความเป็นพิษต่อเซลล์และความเป็นพิษทางพันธุกรรมของน้ำมันปรุงอาหารทอดซ้ำในเซลล์เพาะเลี้ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพิษวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
3. Varela, G., Bender, A.E., & Morton, I.D.. Clinical aspects of the frying of foods: Frying of food, principles, changes, new approaches. Ellis Horwood: Chichester; 1988.
4. Gertz, C. Chemical and physical parameters as quality indicators of used frying fat. European Journal of Lipid Science and Technology; 2000:102(8-9): 566-572.
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ค้าชี้แจงประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 283) พ.ศ.2547 เรื่องกำหนดปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหารเพื่อจำหน่าย และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 347) พ.ศ. 2555 เรื่องวิธีการผลิตอาหารที่ใช้ น้ำมันทอดซ้ำ [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 29 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก [http://iodinethailand.fda.moph.go.th/1\\_No5\\_283\\_347.pdf](http://iodinethailand.fda.moph.go.th/1_No5_283_347.pdf).
6. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี. ชุดทดสอบสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 29 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก [http://www.dmsc.moph.go.th/bkm/product\\_detail.php?id=18](http://www.dmsc.moph.go.th/bkm/product_detail.php?id=18)
7. สุพัตรา คงจริง. การศึกษาเปรียบเทียบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารทอดใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://thaidj.org/index.php/PHCD/article/view/2638>

## พัฒนาเด็กไทย พัฒนาทักษะEF

ไปยดา วิริศมี  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศตวรรษที่ 21 เป็นยุคที่ใช้เทคโนโลยี มีการสื่อสารที่รวดเร็ว เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ในขณะที่เดียวกันการรับสื่อที่รวดเร็วก็ยากที่จะป้องกัน ทั้งในสื่อที่มีความรุนแรง สื่อลามก แม้กระทั่งการถูกล่อลวงจากบุคคลในเฟซบุ๊ก อินสตาแกรม ไลน์ จากการสำรวจข้อมูลทางสถิติสภากรรมการพัฒนาวัฒนธรรมของเด็กและเยาวชนไทย ปี 2562<sup>1</sup> พบปัญหา อันดับ 1 คือ ปัญหาเยาวชนเสพยาเสพติดมากถึง 2.7 ล้านคน อันดับ 2 คือ ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จากสถิติพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี ท้องถึงปีละ 1.5 แสนคน อันดับ 3 คือ เด็กถูกละเมิดและกลั่นแกล้ง กระทำความรุนแรงทางสื่อ<sup>1</sup> การแก้ไขปัญหานี้เด็กและเยาวชน จำเป็นที่ต้องแก้ไขตั้งแต่ปฐมวัย เด็กจะผ่านพ้นปัญหานี้ได้ต้องมี “ทักษะการคิดเชิงบริหาร” หรือเรียกสั้นๆว่า “ทักษะสมอง” (Executive function: EF)<sup>2</sup> ซึ่ง EF ที่ดีจะมีความสัมพันธ์กับการมี IQ ที่ดี มีการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชนที่ดี ความสำเร็จต่อการทำงาน ซึ่งช่วงเวลาสำคัญที่ต้องฝึก EF คือช่วงอายุ 3-5 ปี เพราะเป็นช่วงที่สมองมีความพร้อมในการพัฒนาการคิด สถิติปัญญา เรียนรู้ทางด้านอารมณ์ และควบคุมตัวเองได้ รู้ว่าควรทำและไม่ควรทำ เด็กจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะ EF ที่ดี จากการสำรวจพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร (Executive function: EF) ของเด็กอายุ 2-6 ปี ของมหาวิทยาลัยมหิดล<sup>3</sup> ครอบคลุม 5 ด้าน คือ การยับยั้ง/การหยุด การยืดหยุ่นทางความคิด การควบคุมอารมณ์ ความจำขณะทำงาน และการวางแผนจัดการ พบว่าเด็กเกือบร้อยละ 30 พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร(EF) โดยรวมล่าช้ากว่าเกณฑ์เฉลี่ย (T<45) และพบว่าเด็กวัย 2-6 ปี มากกว่าร้อยละ 30 มีปัญหาพฤติกรรมด้านการคิดเชิงบริหารมากกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (T>55) สอดคล้องกับปัญหาเด็กและเยาวชนที่พบในปัจจุบัน จากข้อมูลประชากรจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี 2555 และข้อมูลสถิติการศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปี 2555<sup>4</sup> พบว่าเด็กอายุ 2 - 5 ปี อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 67.09 ซึ่งเป็นช่วงที่สมองกำลังเริ่มต้นพัฒนาทักษะ EF หากเด็กได้รับการพัฒนาอย่างถูกต้อง ถูกช่วงเวลา และต่อเนื่อง เด็กจะเติบโตมาเป็นคนที่รู้จักคิด รู้จักตัดสินใจ แก้ไขปัญหาได้เหมาะสม สามารถควบคุมอารมณ์ แสดงออกด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

(2) ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต้องมีการพัฒนาทักษะ EF ให้กับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จึงพัฒนาแนวทางในการพัฒนาเด็กไทยในศตวรรษที่ 21 ด้วยการพัฒนาทักษะEF ผ่านกระบวนการเล่น กิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมการเรียนรู้ในศูนย์เด็กเล็ก โดยการพัฒนาเป็น “ศูนย์พัฒนาทักษะ EF เด็กปฐมวัย” เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเรื่องการส่งเสริมทักษะEF เพื่อให้เด็กเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ ลดปัญหาเด็กและเยาวชนที่เกิดจากการขาดความการยับยั้งชั่งใจ

การพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้วยการพัฒนา EF เน้นการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีศักยภาพ ในการพัฒนาทักษะ EF และนำแนวทางดังกล่าวไปขยายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตสุขภาพ ที่ 10 ซึ่งมีกระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ดังนี้

### **ขั้นที่ 1 พัฒนาด้านแบบศูนย์พัฒนาทักษะ EF เด็กปฐมวัย ดำเนินการดังนี้**

1) จัดทำแนวทางในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กเป็นศูนย์พัฒนาทักษะEF เด็กปฐมวัย โดยมีขั้นตอนในการพัฒนา 3 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เรื่อง ทักษะEFเด็กปฐมวัย พัฒนาหลักสูตรแผนการจัดการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการพัฒนาสถานที่ให้เอื้อต่อการเรียนรู้

2) พัฒนาแบบประเมินความพร้อมของศูนย์เด็กเล็กในการพัฒนาเป็นศูนย์พัฒนาทักษะEF เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาศูนย์เด็กให้สอดคล้องกับปัญหาอย่างเหมาะสม

3) พัฒนาศักยภาพครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้มีความรู้ในเรื่อง สมองกับEFเด็กปฐมวัย การส่งเสริมทักษะEF การจัดทำแผนการสอน

4) จัดทำวีดีโอคลิป เผยแพร่ความรู้แก่คุณครู ผู้ปกครอง ที่สนใจการส่งเสริมพัฒนาทักษะEF ทางยูทูป ช่อง EF Smart kids และทางเฟสบุคชื่อ ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย

### **ขั้นที่ 2 ประชาสัมพันธ์ สร้างกระแสการพัฒนาศูนย์พัฒนาทักษะสมองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก**

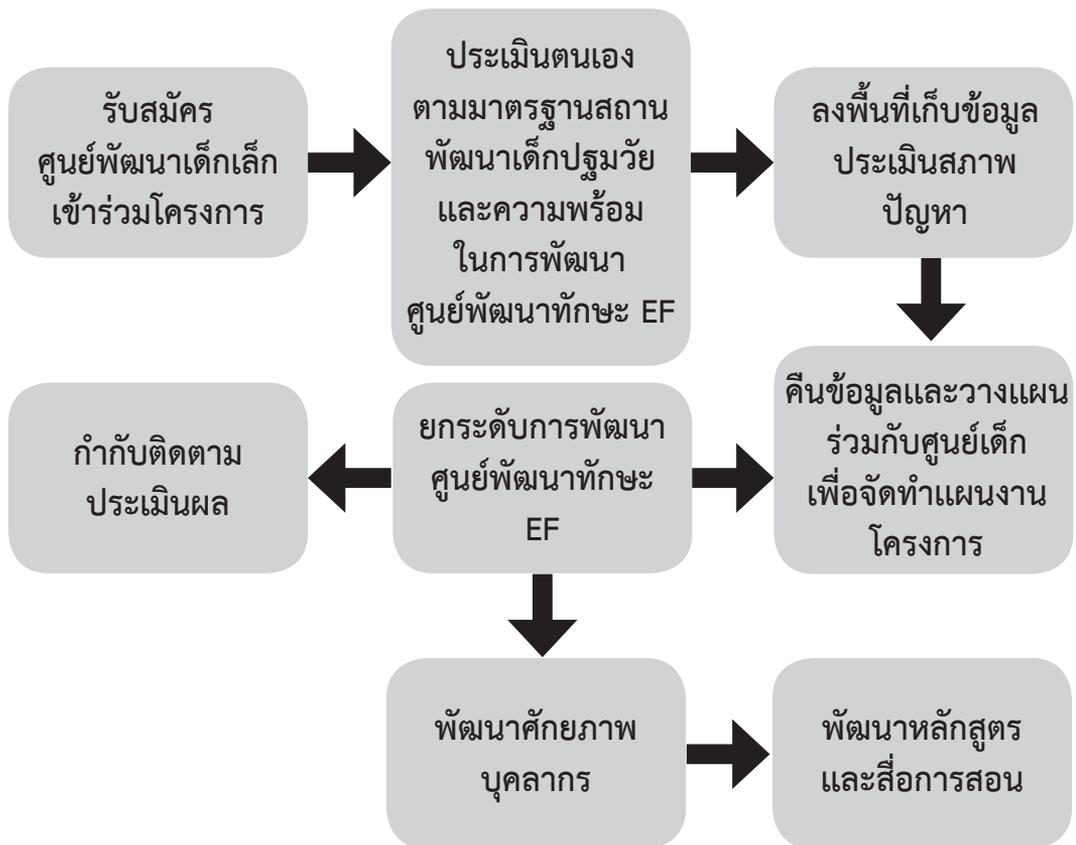
หลังจัดกิจกรรมพัฒนาเด็กไทย พัฒนาทักษะ EF ในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พบว่า พัฒนาการเด็ก มีแนวโน้มดีขึ้น โดยในปี 2560 - 2561 พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70.2 และ 79.0 ตามลำดับ และผลการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) มีแนวโน้มดีขึ้น โดยในปี 2560 - 2561 พบพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร มากกว่าค่าเฉลี่ย (T>45) ร้อยละ 65,74 และ94.1 ตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2561 จึงประชาสัมพันธ์แนวคิดการพัฒนาด้านแบบศูนย์พัฒนาทักษะEF ในการจัดประชุมการบริหารจัดการกองทุนตำบล ของสปสข.เขต 10 อุบลราชธานี แก่ อบต.และเทศบาล จำนวน 100 แห่ง พร้อมทั้งเข้าศึกษาดูงานศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ทำให้มีหน่วยงานต่างๆทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เข้ามาศึกษาดูงานในปี 2561-2563 รวมทั้งสิ้น 50 แห่ง

### **ขั้นที่ 3 ผลักดันให้เกิดนโยบายการพัฒนาศูนย์ทักษะสมองเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10**

จากการนำเสนอต้นแบบการพัฒนาศูนย์พัฒนาทักษะEF ในเขตสุขภาพที่ 10 ทั้งในและนอก หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดนโยบายระดับเขตสุขภาพที่ 10 ให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้เป็นศูนย์พัฒนาทักษะEF อย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง และผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ มุกดาหาร มีนโยบายให้ทุกอำเภอพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้เป็นศูนย์พัฒนาทักษะEF

#### ขั้นที่ 4 ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาเด็กในชุมชน

หลังการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีภาคีเครือข่ายที่ให้ความสนใจและเข้ามาร่วมพัฒนา ศูนย์เด็กเล็กเพิ่มมากยิ่งขึ้น ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ คณะกรรมการ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) และ สสส. ซึ่งทุกหน่วยงานมีเป้าหมายในการหาวิธีพัฒนาเด็กในชุมชน ซึ่งการพัฒนาเด็กไทย ด้วยการพัฒนาทักษะ EF จึงเป็นแนวคิดที่ทุกหน่วยงานให้ความสนใจในการพัฒนาระดับศูนย์ เด็กเล็กให้มีคุณภาพ นอกจากนั้นยังมีชมรมสื่อสร้างสรรค์จังหวัดอุบลราชธานีเข้ามาเป็นเครือข่ายในการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่องทักษะEF ในรูปแบบวิดีโอคลิป เพื่อให้การ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ได้หลากหลายช่องทาง ตรงกับความต้องการของผู้ปกครอง และครู ซึ่งเป็นคนในเจนเนอเรชั่น X และ Y ที่มีความสนใจในการดูสื่อดิจิทัลเป็นหลัก หลังจากนั้นจึง ขยายผลการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กเป็นศูนย์ EF ร่วมกับกองทุนเพื่อสร้างเสมอภาคทางการ ศึกษา ในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 17 แห่ง ใน 5 อำเภอ คือ อำเภวารินชำราบ อำเภอเดชอุดม อำเภอนาจะหลวย อำเภอบุญศรี อำเภอน้ำยืน โดยมีการกระบวนกรประสานความร่วมมือ จนเกิดกระบวนการดังนี้



ซึ่งแนวทางในการพัฒนาเด็กไทยในศตวรรษที่ 21 ด้วยการพัฒนาทักษะEF ผ่านกระบวนการเล่น กิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมการเรียนรู้ในศูนย์เด็กเล็ก โดยการพัฒนาเป็น “ศูนย์พัฒนาทักษะ EF เด็กปฐมวัย” ทำให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนา คือ

1. เกิดนโยบายการพัฒนาศูนย์พัฒนาทักษะEF ในเขตสุขภาพที่ 10
2. เกิดเครือข่ายการพัฒนาศูนย์พัฒนาทักษะสมอง จำนวน 92 แห่ง และเกิดเครือข่ายศูนย์ EF ในโรงเรียนที่เปิดการเรียนการสอนระดับอนุบาล จำนวน 50 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 10
3. ศูนย์พัฒนาทักษะEF จำนวน 17 แห่ง ประเมินตนเองผ่านมาตรฐานสถานพัฒนาการเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ระดับ A ร้อยละ 100 และมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 86

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง คือการติดตามประเมินผลการพัฒนาทักษะสมองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และถอดบทเรียนการทำงานเพื่อพัฒนาเด็กไทย ด้วยการพัฒนาทักษะ EF ต่อไป

### **เอกสารอ้างอิง**

1. กรมสุขภาพจิต. การสำรวจข้อมูลทางสถิติสภาพการณ์ทางวัฒนธรรมของเด็กและเยาวชนไทย.ข่าวจากหนังสือพิมพ์สยามรัฐ [อินเทอร์เน็ต].2562.[เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28478>
2. นุชนาฏ รักษี. เอกสารประกอบการบรรยาย ทักษะสมองการคิดเชิงบริหารExecutive Function Skills (EF) ในเด็กปฐมวัย พื้นฐานเพื่อความสุขและความสำเร็จในชีวิต ในศตวรรษที่ 21. หลักสูตร 10 บทเรียนออนไลน์การพัฒนาทักษะสมองเด็กปฐมวัยไทย. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล: นครปฐมวัย; 2564
3. นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุลและคณะ.การพัฒนาและหาค่าเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือประเมินการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย. ศูนย์วิจัยประสาทวิทยาศาสตร์ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ โมเลกุลมหาวิทยาลัยมหิดล: นครปฐม ;2560
4. พัชรา เอี่ยมกิจการ. พัฒนาเด็กปฐมวัย รากแก้วของชีวิต. สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน.บริษัท สหมิตรพรินติ้งและพับลิซซิง จำกัด :กทม. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก : [https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/phathnaakaaredkpthmway\\_raakaekwaehngchiwit.pdf](https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/phathnaakaaredkpthmway_raakaekwaehngchiwit.pdf)

### 4 กลยุทธ์การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กเป็นศูนย์ EF 4 Strategies for EF Child Center Development

ศินีนาฏ โสวัตร<sup>1</sup>และไปยดา วิรัมย์<sup>2</sup>  
<sup>1,2</sup>ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ปฐมวัย เป็นช่วงวัยทองแห่งการเรียนรู้ เพราะสมองของมนุษย์จะพัฒนาสูงสุดในวัยนี้ หากสมองได้รับการพัฒนาส่งเสริมอย่างดีจะส่งผลให้มีระดับสติปัญญาที่ดีและเป็นส่วนสำคัญในการเรียนรู้ไปตลอดชีวิต การพัฒนาเด็กในศตวรรษที่ 21 ต้องพัฒนาทั้งการส่งเสริมความฉลาดทางสติปัญญา ความฉลาดทางอารมณ์ และ ฝึกทักษะการแก้ปัญหา พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (Executive Functions : EF) คือ กระบวนการทางความคิด (Mental process) ในการทำงานของสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และการกระทำ เป็นความสามารถของสมองที่ใช้บริหารจัดการชีวิตในเรื่องต่างๆ<sup>1</sup> เป็นพัฒนาการที่ควรส่งเสริมอย่างยิ่งในสภาพสังคมปัจจุบัน

จากการสำรวจพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร(EF) ของเด็กอายุ 2-6 ปี<sup>2</sup> ที่ครอบคลุมทักษะการคิดเชิงบริหารทั้ง 5 ด้าน ที่สำคัญในเด็กปฐมวัย คือ การยับยั้ง/การหยุด การยืดหยุ่นทางความคิด การควบคุมอารมณ์ ความจำขณะทำงาน และการวางแผนจัดการ พบว่าเด็กเกือบร้อยละ 30 พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร(EF) โดยรวมล่าช้ากว่าเกณฑ์เฉลี่ย (T<45) และ พบว่าเด็กวัย 2-6 ปี มากกว่าร้อยละ 30 มีปัญหาพฤติกรรมด้านการคิดเชิงบริหารมากกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (T>55) ผลการสำรวจดังกล่าวสอดคล้องกับปัญหาเด็กและเยาวชนที่พบในปัจจุบัน และจากการสำรวจข้อมูลสถิติสภาวะการณ์ทางวัฒนธรรมของเด็กและเยาวชนไทยในช่วงที่ผ่านมาพบปัญหาหลักสำคัญ 6 ด้าน คือ

- 1) ปัญหาเยาวชนเสพยาติดมากถึง 2.7 ล้านคน อายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 300,000 คน ต้องเข้ารับการบำบัด ส่วนเยาวชนอายุ 11 ปีจำนวน 7 คนเริ่มเสพยาบ้า และอายุ 7 ปีส่งยาบ้า
- 2) ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จากสถิติพบว่า อายุต่ำกว่า 19 ปีลงมา ต้องถึงปีละ 150,000คน
- 3) เด็กถูกละเมิดและกลั่นแกล้ง กระทำ ความรุนแรงโดยสื่อ
- 4) การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ยุคใหม่ที่รักลูกแบบไม่ถูกทาง
- 5) การเสพสื่อออนไลน์
- 6) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เกิดนักดื่มหน้าใหม่ เพิ่มขึ้น 2.5 ล้านคน<sup>3</sup>

นอกจากนี้ยังพบอัตราการติดเชื้อ หนองใน และซิฟิลิส สูงถึงร้อยละ 15.13 และ 11.91 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2559<sup>4</sup> อาจกล่าวได้ว่าปัญหาต่างๆที่พบมีผลจากการที่เลี้ยงดูที่บกพร่องของครอบครัว เด็กขาดทักษะการคิดเชิงบริหาร (EF) ที่สำคัญสำหรับการใช้ชีวิต ไม่รู้จักการหยุด การยับยั้งชั่งใจ หรือยืดหยุ่น ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความต้องการในด้านลบของตนเอง ทักษะการคิดเชิงบริหาร Executive Function คือการทำงานของสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ทำหน้าที่ควบคุมความคิดและการกระทำ (Cognitive control) ยับยั้งไม่ให้ตอบสนองออกไปตามความต้องการ รู้จักคิดว่าสิ่งไหนดีไม่ดี ยับยั้งไม่ทำในสิ่งที่ไม่ดี<sup>5</sup>

ในปี 2560 ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จึงพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ให้เป็นศูนย์ EF หรือ ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมอง เพื่อวางรากฐานการจัดการเรียนรู้ด้านพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร(EF) โดยใช้แนวคิด Executive Functions ส่งเสริมบุคลากรให้มีองค์ความรู้ ออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อกระบวนการคิดเชิงบริหาร (EF) ที่เหมาะสมกับวัย ครอบคลุมทักษะการคิดเชิงบริหารทั้ง 5 ด้าน ที่สำคัญในเด็กปฐมวัย คือ การยับยั้ง/การหยุด การยืดหยุ่นทางความคิด การควบคุมอารมณ์ ความจำขณะทำงาน และการวางแผนจัดการแนวทางการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กเป็นศูนย์ EF

จากปัญหาต่างๆของเด็กและเยาวชนที่ได้รับการสื่อสารผ่านงานวิจัยและโลกออนไลน์ ทำให้ได้ทราบข้อมูลด้านลบต่างๆมากมาย จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมาทบทวนระบบการดูแลเด็ก และเยาวชน โดยเฉพาะเด็กปฐมวัย เพราะเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในการพัฒนามนุษย์ ในการพัฒนาจากศูนย์เด็กเล็กให้เป็นศูนย์เด็ก EF หรือศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ต้องอาศัยกลยุทธ์ในการดำเนินงานในด้าน การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาสถานที่และสิ่งแวดล้อม ให้ได้มาตรฐานสถานพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ การจัดการกระบวนการเรียนรู้ และการประเมินผลการดำเนินงาน ในขั้นตอนการพัฒนาฯ ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มงานต่างๆในหน่วยงานและสหวิชาชีพ แพทย์พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการสิ่งแวดล้อม นักโภชนาการ นักวิชาการศึกษา ในการเพิ่มพูนทักษะองค์ความรู้แก่บุคลากร ควบคุมกำกับกับประเมินผลการดำเนินงานหาแนวทางที่ได้มาตรฐานและถูกต้องร่วมกัน

ในขั้นตอนการพัฒนาฯ มีการถอดบทเรียนถึงแนวทางการดำเนินงาน โดยต้องมีกลยุทธ์การดำเนินงานในด้านต่างๆ ดังนี้

**กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาศูนย์พัฒนาฯ** พัฒนาศักยภาพครู พี่เลี้ยงเด็ก ให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้านพัฒนาการคิดเชิงบริหาร การจัดการกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านโภชนาการ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจัดการสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็ก พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ ฝึกปฏิบัติ on the job Training ไม่น้อยกว่า 20 ชั่วโมงต่อปี และประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนลงมือปฏิบัติงาน

**กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาสถานที่ให้ได้มาตรฐาน** จัดสถานที่ให้มีความปลอดภัย และได้ตามมาตรฐานสถานพัฒนาอนามัยเด็กปฐมวัยแห่งชาติ อุปกรณ์ที่ใช้มีขนาดที่เหมาะสมกับวัย เพื่อให้เด็กได้ฝึกทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง จัดมุมส่งเสริมพัฒนาการให้เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการและการคิดเชิงบริหาร เช่น มุมบทบาทสมมติ มุมเกมการศึกษา ห้องสมุดนิทาน สนามเด็กเล่นตามรอยพระยุคลบาท มีการใช้สีเข้ามาช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทสัมผัสและสมอง เช่น ตาราง BBL มีมุมการเรียนรู้เรื่องพัฒนาการเด็ก และการคิดเชิงบริหาร สำหรับผู้ปกครอง เพื่อให้สามารถศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง

**กลยุทธ์ที่ 3 การจัดการกระบวนการเรียนรู้** จัดทำแผนกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร (EF) ผลิตรายหรือจัดหาสื่อการสอนที่เหมาะสมสำหรับเด็กปฐมวัย จัดกิจกรรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร (EF) โดยบูรณาการเข้ากับหลักสูตรการเรียนรู้การศึกษาปฐมวัยปี 2560 แผนการจัดกิจกรรมเสริมประสบการณ์ 3 แผน คือ

1. กิจกรรมส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหาร (EF) เน้นให้เด็กมีทักษะ EF 5 ด้านที่เด็กปฐมวัยควรได้รับการส่งเสริม คือ ความจำเพื่อนำไปใช้งาน การยับยั้งชั่งใจ การควบคุมอารมณ์ การยืดหยุ่นความคิด และทักษะการวางแผนจัดระบบดำเนินการ เน้นกิจกรรมที่ต้องสัมผัสลงมือทำ เช่น กิจกรรม Cooking จะทำไข่เจียว ต้องทำอะไรบ้าง ใช้อุปกรณ์อะไร ใช้วัตถุดิบอะไร ทำอย่างไรถึงจะได้ไข่มา เด็กอาจจะบอกว่า ไปเอาไข่ในตู้เย็นหรือไปซื้อไข่มา เมื่อได้ไข่มาแล้ว จากนั้นตอกไข่ใส่ชาม ตีไข่ ตั้งกระทะ เจียวไข่ เด็กจะได้ใช้ประสบการณ์ความจำที่ได้เห็นได้เรียนรู้ มาลงมือปฏิบัติ เกิดการวางแผนทำงานเป็นขั้นตอน ทักษะ EF ส่งเสริมได้ผ่านการเล่นและลงมือทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
2. ลานเล่นตามรอยพระยุคลบาท คือ การเล่นกับ “ธรรมชาติ” ออกแบบฐานการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยเน้นผลิตจากวัสดุจากธรรมชาติ สร้างฐานกิจกรรมให้มีความท้าทาย เช่น ทางเดินต่อไม้ เป็นฐานการเรียนรู้ที่ช่วยส่งเสริมทักษะ EF คือ ฝึกการคิดแก้ไขปัญหาและฝึกการตัดสินใจ เด็กจะได้คิดคำนวณ ระยะเวลาก้าวการเดินทาง เดินอย่างไรให้ไม่ตก เดินอย่างไรไปให้ถึงเป้าหมาย
3. การจัดกิจกรรมภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน (Bilingual kids) ภาษาอังกฤษ เป็นเครื่องมือสำคัญในการเรียนรู้แบบไร้พรมแดนนี้ เราปูพื้นฐานการจัดกิจกรรมภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน ฟัง พูด คำและประโยคง่ายๆ มีคุณครูพูดภาษาอังกฤษ เริ่มตั้งแต่การทักทาย และ การทำกิจกรรมต่างๆ โดยมีคลิปวิดีโอตัวอย่างการสอนให้ผู้ปกครองไปฝึกต่อที่บ้าน

**กลยุทธ์ที่ 4 การประเมินผล** มีการประเมินผล 3 ด้าน คือด้านการพัฒนาบุคลากร มีการประเมินผล โดยใช้แบบวัดความรู้และทักษะครู การสังเกตการณ์จัดกิจกรรมการสอนของครู ด้านการพัฒนาสถานที่ มีการประเมินตนเองตามแบบประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ซึ่งถือเป็นแบบประเมินที่ได้มาตรฐาน ด้านการจัดระบบการเรียนรู้ มีแบบประเมินการจัดกิจกรรม แบบสังเกตพฤติกรรมหลังการสอนมีจดหมายถึงผู้ปกครองทุกสัปดาห์ เพื่อแจ้งการจัดกิจกรรม ให้ผู้ปกครองฝึกต่อที่บ้าน ดังภาพที่ 1

พัฒนาบุคลากร	พัฒนาสถานที่	การจัดระบบการเรียนรู้
<p><b>อบรมเชิงปฏิบัติการ และฝึกปฏิบัติ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย</li> <li>- พัฒนาการความคิดเชิงบริหาร Executive function : EF</li> <li>- ด้านโภชนาการ</li> <li>ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจัดการสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็ก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐานสถานพัฒนาอนุบาลเด็กแห่งชาติ</li> <li>- จัดมุมส่งเสริมพัฒนาการให้เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการและการคิดเชิงบริหาร</li> <li>- ลานเล่นตามรอยพระยุคลบาท</li> <li>- มีมุมการเรียนรู้ เรื่องพัฒนาการเด็ก และการคิดเชิงบริหารสำหรับผู้ปกครอง เพื่อให้สามารถศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กิจกรรมส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหาร (EF)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ลานเล่นตามรอยพระยุคลบาทประกอบไปด้วย ฐานการเรียนรู้ 8 ฐาน</li> <li>2. การจัดกิจกรรมภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน (Bilingual kids)</li> </ol>



- ด้านการพัฒนาบุคลากร มีการประเมินผล โดยใช้แบบวัดความรู้และทักษะครู การสังเกตการณ์จัดกิจกรรมการสอนของครู

- ด้านการพัฒนาสถานที่ มีการประเมินตนเองตามแบบประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ซึ่งถือเป็นแบบประเมินที่ได้มาตรฐาน

- ด้านการจัดระบบการเรียนรู้ มีแบบประเมินการจัดกิจกรรม แบบสังเกตพฤติกรรม หลังการสอน มีจดหมายถึงผู้ปกครองทุกสัปดาห์ เพื่อแจ้งการจัดกิจกรรมให้ผู้ปกครองฝึกที่บ้าน

ภาพที่ 1 กลยุทธ์การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้เป็นศูนย์ EF

เมื่อถอดบทเรียนการดำเนินงาน สามารถแยกประเด็นความสำเร็จได้ดังนี้

### 3.1 ด้านระบบการดำเนินงาน

- ได้กลยุทธ์การดำเนินงาน บุคลากรมีองค์ความรู้เพิ่มมากขึ้น มีการพัฒนาสถานที่ให้ได้ตามมาตรฐาน ผลการประเมินตนเอง มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ระดับ A ด้านการจัดระบบการเรียนรู้ ได้รูปแบบการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหาร (EF) สำหรับเด็กปฐมวัย ได้รูปแบบกิจกรรมการสอนภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย มีการประเมินผลการจัดกิจกรรม แบบสังเกตพฤติกรรมหลังการสอน มีจดหมายถึงผู้ปกครองทุกสัปดาห์ เพื่อแจ้งการจัดกิจกรรม ให้ผู้ปกครองฝึกต่อที่บ้าน มีการ หลังจากดำเนินงานผลการประเมินความพึงพอใจการให้บริการศูนย์สาธิต ส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย โดยพบว่า ภาพรวมความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากร้อยละ 27 และมากที่สุด ร้อยละ 73

### 3.2 ด้านคุณภาพเด็ก

- 1) ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วย DSPPM มีแนวโน้มดีขึ้น พบว่า ในปี 2560 - 2562 พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70.2, 79, และ 80.49 ตามลำดับ
- 2) ผลการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) มีแนวโน้มดีขึ้น โดยพบว่า ในปี 2560 - 2561 พบพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร มากกว่าค่าเฉลี่ย ( $T > 45$ ) ร้อยละ 65, 74 และ 94.1 ตามลำดับ
- 3) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถทางการฟัง การพูดภาษาอังกฤษ ก่อน - หลัง หลังการจัดกิจกรรมภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน (Bilingual kids) พบว่า ค่า  $Z = -3.427$  คะแนนความสามารถสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P < 0.01$

### 3.3 ด้านผู้ปกครอง ประชาชนทั่วไปและภาคีเครือข่าย

- 1) เกิดแนวทางการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เป็นศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหาร (EF) สำหรับเด็กปฐมวัย
- 2) เกิดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในหน่วยงานในการวางแผนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาด้านพัฒนาการเด็ก ภายใต้เป้าหมายเดียวกันคือ เด็กมีพัฒนาการสมวัย และมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารที่ดี
- 3) เป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับผู้ปกครองด้านพัฒนาการเด็กและด้านทักษะสมองเด็กปฐมวัย
- 4) เป็นศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้และศึกษาดูงานสำหรับประชาชนทั่วไปและภาคีเครือข่าย

## เอกสารอ้างอิง

1. นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล,คำบรรยายหัวข้อ วิทยาศาสตร์สมองเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด ในเด็กปฐมวัย.การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไข ปัญหายาเสพติด;2558
- 2.มหาวิทยาลัยมหิดล.การสำรวจพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร และพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร(EF) ของเด็กอายุ 2-6 ปี;2560
- 3.กระทรวงวัฒนธรรม.การสำรวจข้อมูลสถิติสภาวะการณทางวัฒนธรรมของเด็กและเยาวชน ไทย;2561
- 4.กรมสุขภาพจิต.การสำรวจข้อมูลทางสถิติสภาวะการณทางวัฒนธรรมของเด็กและเยาวชน;2561
5. นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล.การพัฒนาและหาค่าเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือประเมินการคิด เชิงบริหารในเด็กปฐมวัย.พิมพ์ครั้งที่ 1 .นครปฐม: ศูนย์วิจัยประสานวิทยาศาสตร์ สถาบัน ชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล





## กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

45 หมู่ 4 ถ.สถลมารค์ ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ

จ.อุบลราชธานี 34190

โทร.045-251267-9



# กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

