ISSN : 2730-1583

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 4 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น ISSN 2730-1583

Journal of Science and Technology Northern

ปีที่ 4 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2566

วัตถุประสงค์ของการจัดพิมพ์วารสาร

1. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้นักวิชาการ คณาจารย์ นิสิต นักศึกษา และบุคคลทั่วไป ได้เผยแพร่บทความทางวิชาการและบทความวิจัยที่มีคุณภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้านวิชาการ และด้านการวิจัย

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรัตน์	ยืนยง	อธิการบดีวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

บรรณาธิการ

ดร.พุฒิพงศ์	มากมาย	คณบดีคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา	ทำดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์	บุญเชียง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาจารย์ ดร.สุภัทรา	กลางประพันธ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ศาสตราจารย์ ดร.ศุภชัย	ยาวะประภาษ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ สฤษณ์	พรมสายใจ	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์	หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.ไพโรจน์	เนียมนาค	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา	สุพรรณกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทะ	บุตรน้อย	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช	กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล	ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อานนท์	วงษ์มณี	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิศักดิ์	ขันแก้วหล้า	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา	ดลวิทยาคุณ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษ	เคลือบวัง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาวรี	ขันสำโรง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สำราญ	ขันสำโรง	ม.มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เนาวรัตน์	มณีนิล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์	แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์	โพธิ์อ่ำ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.ยุพรัตน์	หลิมมงคล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.คงศักดิ์	บุญยะประณัย	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.เชียงใหม่
อาจารย์ ดร.กิตติพัทธ์	เอี่ยมรอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.จีระเกียรติ์	ประสานธนกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.พัฒนา	นาคทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ภญ.ดร.ธีรยา	วรปาณิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
อาจารย์ ดร.รชานนท์	ง่วนใจรัก	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
อาจารย์ ดร.จิระภา	ขำพิสุทธิ์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.น.สพ.เมธี	สุทธศิลป์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.รุ่งตะวัน	เมืองมูล	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
อาจารย์ ดร.สถาพร	สาภา	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.เพชรลดา	บริหาร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.สุพัฒน์	อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ฝ่ายจัดการและเลขานุการกองบรรณาธิการ

อาจารย์กล้าณรงค์	อินต๊ะวงค์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์จตุพร	แพงจักร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ชนกนันท์	ฝากมิตร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
นายภัทรภณ	นิลสิงห์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ

เจ้าของวารสาร

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสาร ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ชั้น 1
888 หมู่ 2 ถนนพหลโยธิน (แนวเก่า) ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000
โทรศัพท์ 055-517488 ต่อ 5

พิมพ์ที่ บริษัท พีค การพิมพ์ จำกัด เลขที่ 24/9 ถนนติวานนท์ ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองปทุมธานี
จังหวัดปทุมธานี 12000 โทรศัพท์ 0-297-9571-6

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดลีน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย 1
ทัศนาภรณ์ ชัยแก้ว.....

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย 13
ศรีวรรณ เหลี่ยมทอง.....

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย 25
ชลีรัตน์ ฟองนวล.....

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย 40
รัตนา จันแปงเงิน.....

ผลของการใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score ต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย 51
อภิรวี พินิจสุวรรณ.....

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทความวิจัย

ผลของการให้ความรู้ตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ อำเภอขุนตาล 71
ประภัสสร กาวิโล.....

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ 87
วิชิต นาคเหล็ก.....

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย 100
สุเปรม หนูเมือง.....

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ 121
ธันยานุช คำสีแก้ว, ธนัช กนกเทศ.....

Received: 5 Dec 2023; **Revised:** 19 Dec 2023
Accepted: 26 Dec 2023

การพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดลีน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ทัศนาภรณ์ ชัยแก้ว[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดลีน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ประชากรคือผู้มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงแสน จำนวน 27,196 ราย กลุ่มตัวอย่างคือผู้มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ที่ได้รับกิจกรรมตามรูปแบบการรับบริการงานผู้ป่วยนอก จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดลีน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 3 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ให้ตอบแบบสอบถาม ประเมินความรู้ 5 ด้าน กิจกรรมที่ 2 ประเมินการให้ความรู้แบบเป็นคอขวดเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วย กิจกรรมที่ 3 ประเมินความรู้กลุ่มตัวอย่าง จากแบบสอบถามความรู้ 5 ด้าน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน พฤศจิกายน–ธันวาคม พ.ศ.2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test ผลการศึกษา พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.959 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ด้านการสร้างความมั่นใจ ด้านการเข้าใจความรู้สึก ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลองพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001)

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, งานผู้ป่วยนอก, แนวคิดลีน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงแสน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย
E-mail: c_chanawee@yahoo.co.th

The Development of a Lean for the Out-patient Department at Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province.

Tatsanaporn Chaikaew [1]

Abstract

This Quasi experimental research aimed to study the model of a Lean concept for the Out-patient Department at Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province. Population was 27,196 Out-patient Department at Chiang Saen Hospital and sample size was 30 Patient who received all activities as Lean concept. Research instrument was 14 activities of the model of Lean concept following during November to December, 2023. Data collected by questionnaire composed of characteristic and satisfaction indicator, reliability test about 0.959 and data analyzed was used Independent t-test. The result of this study reported that patients' satisfaction including tangibles, reliability, responsiveness, assurance and empathy. Comparison averse score of satisfaction between before and after experimental shown patients' satisfaction was increased with statistic significantly (P-value<0.001).

Keywords : Development, Out-patient Department, Lean concept.

[1] Registered Nurse, Professional Level Chiang Saen Hospital, Chiang Saen District, Chiang Rai Province., E-mail: c_chanawee@yahoo.co.th

บทนำ

ระบบการให้บริการการรักษาตามโรงพยาบาลรัฐบาล ในประเทศไทย มักประสบปัญหาต่างๆ ที่ผู้ใช้บริการไม่ค่อยพึงพอใจในการรักษาพยาบาลและการให้บริการของเจ้าหน้าที่ เนื่องจากมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก ความสามารถในการรองรับการให้บริการในโรงพยาบาลของภาครัฐนั้นถูกจำกัด ในหลายๆด้าน เมื่อมีจำนวนผู้มารับบริการที่ต้องการรักษามากขึ้นจึงทำให้ระยะเวลาในการรอคิวของผู้มารับบริการนานขึ้นและอาจส่งผลต่อสภาพจิตใจของรับบริการ ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการให้บริการในโรงพยาบาลนั้นก็คือการขาดความเข้าใจถึงระบบการทำงาน ทำให้เกิดกิจกรรมต่างๆที่สูญเปล่า ซึ่งมีผลทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ล่าช้า ทำงานไม่ทัน งานค้างงานไม่เดิน (Haruthai C., Leelawong S., Khansatapornkun K., 2017) แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient department: OPD) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญและเป็นด่านแรกในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลเชียงแสนที่มีปัญหาสุขภาพที่ไม่ฉุกเฉินไม่อยู่ในภาวะวิกฤต เป็นจุดที่มีการปฏิสัมพันธ์สูงต้องพบกับผู้รับบริการจำนวนมากในแต่ละวัน ตามอาการของแต่ละโรค ความเร่งด่วนอย่างถูกต้อง ความปลอดภัย ความรวดเร็ว ลื่นไหล ครอบคลุมการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ ให้แก่ผู้มารับบริการ การให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพเป็นหัวใจของการให้บริการของทีมสุขภาพที่ต้องคำนึงถึงการบริการแก่ประชาชน

โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีหน้าที่หลักในการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรคของประชาชน จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ปี พ.ศ.2564-2566 มีอัตราเท่ากับ ร้อยละ 85.64, 87.21 และ 84.47 ตามลำดับ ในปี พ.ศ.2566 ลดลงจากเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์ ≥ 85%) และระยะเวลารอคอยในปี พ.ศ.2564–2566 มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เท่ากับ 141.10, 191.08 และ 252.61 นาที ตามลำดับ (เกณฑ์ ≤120 นาที) ปัญหาด้านคุณภาพบริการทำให้โรงพยาบาลให้ความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้บริการมากขึ้น โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ระยะเวลาการให้บริการที่รวดเร็วขึ้น ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในคุณภาพบริการ (ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลเชียงแสน, 2566)

ดังนั้นการพัฒนาระบบการให้บริการด้วยแนวคิด Lean (Lean management) มาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลเชียงแสน เพื่อให้เกิดประโยชนสูงสุด ตอกระบวนการในการให้บริการ ทำให้เกิดคุณภาพของการบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก ลดระยะเวลาในการให้บริการ ลดเวลาการรอคอย เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและเพิ่มความพึงพอใจของการให้บริการ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความพึงพอใจ เป็นเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการ 5 ด้าน ของ Parasuraman, A., Zeithaml (2528) มาใช้ในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล

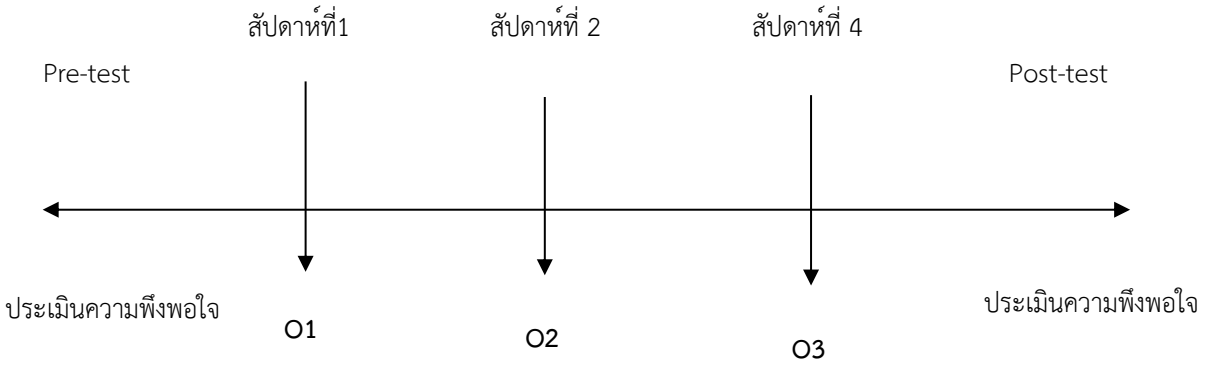
ประกอบด้วย ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความไว้วางใจ หรือความน่าเชื่อถือ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิด lean และเพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบริการตามแนวคิด lean ก่อนและหลังการพัฒนาในด้านระยะเวลารอคอย ความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง(One group pretest-posttest design)

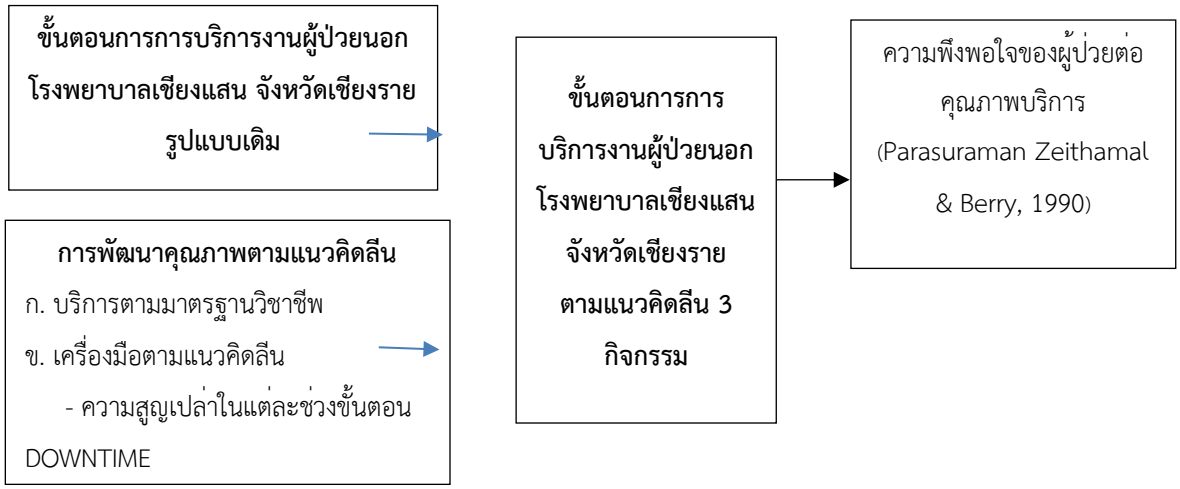


โดยมีรายละเอียดดังนี้

O_1 = หมายถึงกิจกรรม 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ความต้องการ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ด้านการสร้างความมั่นใจ ด้านการเข้าใจความรู้สึก

O_2 = หมายถึงกิจกรรม 2 การให้ความรู้แบบเป็นคอขวดเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยครั้งละ จำนวนมาก จุดบริการซับซ้อน มีหลายขั้นตอน รอแฟ้มประวัติ

O_3 = หมายถึงกิจกรรม 3 การประเมินความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้มารับบริการ เกี่ยวกับรอใช้บริการไม่นาน ลดขั้นตอนบริการ การให้บริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว การตรวจสอบสิทธิที่ทันสมัย รวมถึงการประเมินความรู้แบบเป็นคอขวดเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยครั้งละ จำนวนมากจุดบริการซับซ้อน มีหลายขั้นตอน รอแฟ้มประวัติ



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน พฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 27,196 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาคือ ผู้ป่วยนอกประเภทผู้ป่วยเก่า อายุ 18 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี รับรู้ต่อสภาพแวดล้อมต่างๆ ได้ดี สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงแสน จำนวน 30 คน โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทดลองคือ การพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดลีน (เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร, 2542) โรงพยาบาลเชียงแสน จำนวน 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้ตอบแบบสอบถาม เพื่อประเมินความรู้ 5 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ด้านการสร้างความมั่นใจ ด้านการเข้าใจความรู้สึก โดยวิธีการประชุมกลุ่ม รวบรวมปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (LEAN Management OPD TUH โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2561)

กิจกรรมที่ 2 ประเมินการให้ความรู้แบบเป็นคอขวดเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยครั้งละจำนวนมากจุดบริการซับซ้อน มีหลายขั้นตอน รอแฟ้มประวัติ โดยวิธีการ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จัดลำดับความสำคัญของปัญหา สรุปปัญหา (LEAN Management OPD TUH โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2561)

กิจกรรมที่ 3 ประเมินความรู้กลุ่มตัวอย่าง จากแบบสอบถามความรู้ 5 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ด้านการสร้างความมั่นใจ ด้านการเข้าใจความรู้สึก โดยวิธีการ การให้คำปรึกษากลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา (LEAN Management OPD TUH โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2561)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยคือ แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา จำนวนครั้งที่มารับบริการ สิทธิการรักษาพยาบาล และเหตุจูงใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การสร้างความมั่นใจ ความเข้าใจความรู้สึก

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์นี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้มารับบริการ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียง

แสน จังหวัดเชียงราย ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง คำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.959

สถิติวิเคราะห์

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ CRPPHO 160/2566 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (66.7%) อายุระหว่าง 20-45 ปี (31.7%) (Mean = 34.40, S.D. = 0.568, Min = 19, Max = 59) สถานภาพโสด (33.3%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (60%) ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา/นิสิต (26.70%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 5,000 – 15,000 (46.66%) มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเชียงแสน (66.3%) จำนวนครั้งที่มาใช้บริการระหว่าง 2–10 ครั้ง (60%) (Mean = 5.87, S.D.=5.111, Min=1, Max=20) สิทธิด้านการรักษาพยาบาลคือ บัตรสวัสดิการรักษาพยาบาล (30 บาท) (43.33%) เหตุผลที่เลือกรับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงแสน ได้แก่ การเดินทางสะดวก (39.68%) และเคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลแห่งนี้ (28.57%) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	10	33.30
	หญิง	20	66.70
อายุ (ปี)			
	<20	2	3.30
	20 - 45	19	31.70
	≥ 46	9	15.00
	Mean=34.40, S.D.=0.568, Min=19, Max=59		
สถานภาพ			
	โสด	20	33.30
	สมรส/ คู่	7	11.70
	หม้าย	3	5.00
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้ศึกษา	1	3.30
	มัธยมศึกษาตอนต้น/ เทียบเท่า	3	10.00
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ เทียบเท่า	5	16.70
	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	2	6.60
	ปริญญาตรี	18	60.00
	สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.30
อาชีพ			
	ไม่ได้ทำงาน	1	3.30
	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	3	10.00
	รับราชการ	7	23.30

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)		
รัฐวิสาหกิจ	1	3.30
ค้าขาย/ ประกอบธุรกิจส่วนตัว	7	23.30
นักเรียน/ นักศึกษา/ นิสิต	8	26.70
อื่นๆ (รับจ้าง)	3	10.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
< 5,000	8	26.66
5,000 – 15,000	14	46.66
> 15,000	8	26.66
ภูมิลำเนา		
อำเภอเชียงแสน	19	66.30
อื่นๆ (ต่างอำเภอ,ต่างจังหวัด)	11	36.70
จำนวนครั้งที่มาใช้บริการงานผู้ป่วยนอกในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา (ครั้ง)		
< 2	10	33.33
2 – 10	18	60.00
> 10	2	6.670
Mean = 5.87, S.D.=5.111, Min=1, Max=20		
ท่านใช้สิทธิประโยชน์ใดบ้างในการรักษาพยาบาล		
ประกันชีวิต	1	3.33
สิทธิข้าราชการ	8	26.67
ประกันสังคม	4	13.33
จ่ายเงินเอง	4	13.33
บัตรสวัสดิการรักษาพยาบาล (30 บาท)	13	43.33
เหตุผลที่ท่านเลือกรับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงแสน		
การเดินทางสะดวก	25	39.68
อยู่ใกล้บ้าน	16	25.39
มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	1	1.58
มีเครื่องมือทันสมัย	3	4.76
เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลแห่งนี้	18	28.57

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ด้านการสร้างความมั่นใจ ด้านการเข้าใจความรู้สึก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ความพึงพอใจของผู้ป่วย	3.53	0.490	4.48	0.373	-8.372	57	0.000	-0.95 – -0.53
1. ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ	3.27	0.502	4.014	0.242	-7.197	57	0.000	-1.06 – -0.51
2. ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจได้	3.58	0.571	4.372	0.468	0.581	57	0.000	-1.06 – 0.51
3. ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	3.54	0.549	4.586	0.476	-7.779	57	0.000	-1.31 – 0.79
4. ด้านการสร้างความมั่นใจ	3.60	0.524	4.4.66	0.453	-8.26	57	0.000	-1.37 – 0.69
5. ด้านการเข้าใจความรู้สึก	3.65	0.813	4.693	0.427	-6.094	57	0.000	-1.18 - -0.72

การอภิปรายผล

ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงแสน พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประกอบด้วย ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านความเชื่อถือและไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ด้านการสร้างความมั่นใจ ด้านการเข้าใจความรู้สึก ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) หัวข้อที่มีความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง มากสุด คือ ด้านการเข้าใจความรู้สึก สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การจัดทำขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงแสน ได้นำแนวคิดลีนมาปรับรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก ได้แก่การมองหาสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการจากการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก สร้างขั้นตอนการดำเนินงานโดยยึดคุณค่าที่ผู้รับบริการต้องการจากการบริการเป็นหลัก ออกแบบกระบวนการทำงานโดยเน้นขั้นตอนการทำงานที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของงาน ทำให้การทำงานราบรื่น จบงานได้ไวแบบไม่สะดุด ทำให้การบริการผู้ป่วยนอกลดความซ้ำซ้อน ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้มารับ

บริการ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกวรรณ วงศ์อินทร์อยู่ และคณะ (2564) พบว่า การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการโดยใช้ลีนในผู้ป่วยนอกทางทันตกรรม เพื่อรองรับรูปแบบปกติใหม่ (New Normal) ของโรงพยาบาลทันตกรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น นำไปใช้ประโยชน์ด้านความพึงพอใจ คุณภาพของบริการที่รวดเร็วขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยนอกทางทันตกรรมฯ ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งทิพย์ นิลพัท (2561) พบว่า คุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการ โรงพยาบาลเปาโลรังสิต พบว่า คุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวก และคุณภาพการให้บริการส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเชียงแสน หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดลีน ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้บริหารของโรงพยาบาลเชียงแสน และหัวหน้ากลุ่มงานทุกแผนก ควรนำกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดลีน มาประยุกต์ใช้กับการให้บริการผู้รับบริการจองแต่ละแผนก เพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและแก้ปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และลดระยะเวลาในการให้บริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ วงศ์อินทร์อยู่, หนึ่งหทัย อภิพัตฐ์กานต์ และศุกร์สวัสดิ์ แสนประเสริฐ. (2560). **ผลการวิจัยการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการโดยใช้ลีนในผู้ป่วยนอกทางทันตกรรม เพื่อรองรับรูปแบบปกติ ใหม่ (New Normal) ของโรงพยาบาลทันตกรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการธุรกิจโลก วิทยาลัยพานิชยศาสตร์) มหาวิทยาลัยบูรพา.

กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **คู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพ และสภาพแวดล้อมแผนกผู้ป่วยนอก**.

รุ่งทิพย์ นิลพัท. (2561). **คุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการ โรงพยาบาลเปาโลรังสิต.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป คณะบริหารธุรกิจ) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร. นิลพัท. (2542). **ความพึงพอใจของผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมต่อบริการพยาบาลที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล.** (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการบริการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล) มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2546). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ**. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน).

ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเชียงแสน. (2566). **สถิติผู้รับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงแสน**. เชียงราย: โรงพยาบาลเชียงแสน.

LEAN Management OPD TUH. (2561). โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ.

Haruthai C., Leelawong S, Khansatapornkun K, editors. **NationalNursing Service Strategy 2017 – 2021 according to the 20-Year National Strategic Plan** (Public Health).

Parasuraman, A., Zeithaml, Valarie A. and Leonard, Berry L. (2 5 3 1). **SERQUAL:A multipleitemscalefor measuring customer perceptions of service quality.Journalof retailing**. 64: 12-40.

Received: 5 Dec 2023; **Revised:** 19 Dec 2023
Accepted: 26 Dec 2023

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ศรีวรรณ เหลี่ยมทอง[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน กลุ่มทดลองคือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดระดับน้ำตาลในเลือด และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ (34 คนต่อกลุ่ม) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 5 กิจกรรม เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง พฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามมีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.834 เก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม – พฤศจิกายน พ.ศ.2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square, Independent t-test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ, การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ, การสื่อสาร, การจัดการตนเอง, การรู้เท่าทันสื่อ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับน้ำตาลในเลือด ตามลำดับ

คำสำคัญ : ประสิทธิผล, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ระดับน้ำตาลในเลือด

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงแสน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย
E-mail: seewan_tom@hotmail.co.th

The effectiveness of the health promotion program to self-care behaviors and decreasing blood sugar level among pre-diabetes peoples in Wiang sub-district, Chiang Saen district, Chiang Rai.

Seewan Leumthong [1]

Abstract

This Quasi experimental research aimed to study the effectiveness program of the health promotion program to self-care behaviors and decreasing blood sugar level among pre-diabetes peoples. The experimental group was 34 pre-diabetes peoples which received activities within program and control group was 34 pre-diabetes peoples with routine health care. Program of the health promotion composed of 5 activities and data collection used questionnaire during August–November, 2022 including; characteristic cognitive knowledge, data accessibility, communication health, discriminatory decision, health behavior had reliability about 0.834. Data analyzed by independent t-test. The result reported that experimental group had average score increasing with statistic significantly at 0.05 level including cognitive knowledge, access to health services, communication health, Self-management, Knowingly, discriminatory decision, health behavior, blood sugar level, respectively

Keywords : Effectiveness, Self-care management, blood sugar level

[1] Registered Nurse Professional Level Chiang Saen Hospital

E-mail: seewan_tom@hotmail.co.th

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังทางสาธารณสุขที่พบบ่อยที่สุด จากการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของคนเราเปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมาก จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ที่น่าเป็นห่วงคือช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2552) สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย โดยสำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อพบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2563 จะมีจำนวนประชากรที่ป่วยเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 501,299 -553,941 คน/ปี และคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มสูงถึง 8,200,000 คน (สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ,2562) จากข้อมูลสถานะสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย พบว่า ในปี 2565 ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวานร้อยละ 91.68 และอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อโรคเบาหวานร้อยละ 8.37 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2565)โรงพยาบาลเชียงแสนได้ดำเนินการคัดกรองประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมาอย่างสม่ำเสมอ จากสถิติปี พ.ศ. 2563-2565 ได้ดำเนินการคัดกรองประชากร จำนวน 5,677, 7,433 , 7,105 คน ตามลำดับ และพบผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 271, 303, 350 คน คิดเป็น อัตราป่วยเท่ากับ 713, 797, 921 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2565)

จากข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานของอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานที่ผ่านมา ยังไม่ดีพอที่จะทำให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่เหมาะสม จึงจำต้องมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานขึ้น เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนช่วยสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพลดการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในอำเภอเชียงแสน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเขตตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.เจาะลือด FBS คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

2.ประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ3อ2ส

3. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองฯ

กิจกรรมที่ 1 ค้นพบความจริงกับตัวเอง

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมให้เกิดความรู้ในการดูแลตัวเอง

กิจกรรมที่ 3 ลงมือปฏิบัติ

กิจกรรมที่4 เกิดการทำตามอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมสรุปผลการดำเนินโครงการ

ตัวแปรตาม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง
2. การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ
3. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ
4.การจัดการตนเองทางสุขภาพ
5. การรู้เท่าทันสื่อ
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
7.พฤติกรรมสุขภาพ
8. ระดับน้ำตาลในเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน สิงหาคม – พฤศจิกายน พ.ศ.2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเขตตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 68 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจเลือดด้วยวิธี FBS (Fasting blood sugar) มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg% ไม่เกิน 125 mg% เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 68 คน โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

กลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

กลุ่มควบคุม จำนวน 34 คน ได้รับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย โดยพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) จำนวน 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ค้นพบความจริงกับตัวเอง กิจกรรมโดยการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด และตอบแบบสอบถาม ค้นหาปัญหา

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมให้เกิดความรู้ในการดูแลตัวเอง กิจกรรมโดยการให้ความรู้ประกอบด้วย จัดอบรมให้ความรู้ 1 วัน มีห้องกลุ่มline ให้คำแนะนำ ปัญหาสุขภาพ

กิจกรรมที่ 3 ลงมือปฏิบัติ กิจกรรมจับคู่หูดูโอ้เลือกคู่หูที่มีการรับรู้ดีปรับพฤติกรรมได้ดีค่าระดับน้ำตาดี ประกบคู่กับคนที่ระดับน้ำตาลไม่ค่อยดี

กิจกรรมที่ 4 เกิดการทำตามอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมเก็บข้อมูล วัดผลการเรียนรู้โดยการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมสรุปผลการดำเนินโครงการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยคือ แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะงานหลัก

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ 2ส ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง แทบไม่ได้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ2ส

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส

ส่วนที่ 6 ระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยมีผลตรวจตรวจคัดกรองเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจเลือดด้วยวิธี FBS ยืนยัน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ (<100%) ระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยง (≥100-125 mg%)

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2557) พัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์องค์ความรู้และผ่านการทดสอบวัดจากประชาชนไทยอายุ15ปีขึ้นไปกลุ่มเสี่ยงเบาหวานทั่วประเทศ วัดจาก 6 องค์ประกอบ พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.834

สถิติวิเคราะห์

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในเรื่องเพศและอายุ เพื่อแสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน โดยใช้ Chi-square test

2.2 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สถิติ Independent t-test ใช้เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เอกสารรับรองเลขที่ CRPPHO 85/2565 ลงวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ.2565

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (55.6%) อายุระหว่าง 48-59 ปี (67.6%) สถานภาพสมรส (76.5%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (44.1%) การประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน (70.6%) ตามลำดับ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (56.2%) อายุระหว่าง 48-59 ปี (76.5%) สถานภาพสมรส (88.2%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (76.5%) การประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน (70.6%) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเขตตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ตัวแปร		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						0.944	0.331
	ชาย	20	55.6	16	44.4		
	หญิง	14	43.8	18	56.2		
อายุ (ปี)						4.755	0.191
	15-25	0	0	1	2.9		
	26-36	1	2.9	3	8.8		
	37-47	10	29.4	4	11.8		
	48-59	23	67.6	26	76.5		
สถานะ						1.886	0.390
	โสด	1	2.9	1	2.9		
	สมรส/คู่	26	76.5	30	88.2		
	หม้าย/หย่า/แยก	7	20.6	3	8.8		
การศึกษา						8.051	0.450
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	23.5	2	5.9		
	ประถมศึกษา	15	44.1	26	76.5		
	มัธยมศึกษาตอนต้น	6	17.6	3	8.8		
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	14.7	3	8.8		
การประกอบอาชีพ						3.091	0.543
	ทำไร่/ทำสวน	24	70.6	24	70.6		
	ค้าขาย/ทำธุรกิจ	6	17.6	5	14.7		
	พนักงาน/บริษัทเอกชน	1	2.9	0	0		
	แม่บ้าน/ไม่มีอาชีพ	3	8.8	3	8.8		
	อื่นๆ (พระภิกษุ)	0	0	2	5.9		

ตางรางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลองที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง (P-value=0.023) การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ (P-value=0.001) การสื่อสาร (P-value=0.001) การจัดการตนเอง (P-value=0.001),การรู้เท่าทันสื่อ (P-value=0.020) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (P-value=0.020) พฤติกรรมสุขภาพ (P-value=0.025) ระดับน้ำตาลในเลือด (P-value=0.000) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานระหว่างกกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
		Mean	S.D.	F	P-value	Mean	S.D.	F	P-value
1.ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง				0.535	0.467			5.414	0.023
กลุ่มทดลอง	34	3.76	1.256			5.73	0.511		
กลุ่มควบคุม	34	3.41	1.458			4.11	0.913		
2. การเข้าถึงข้อมูล				0.149	0.701			11.448	0.001
กลุ่มทดลอง	34	3.47	0.843			4.57	0.371		
กลุ่มควบคุม	34	3.23	0.881			3.39	0.671		
3.การสื่อสารสุขภาพ				6.017	0.017			11.112	0.001
กลุ่มทดลอง	34	3.03	0.408			2.66	0.259		
กลุ่มควบคุม	34	2.95	0.662			4.52	0.377		
4.การจัดการตนเอง				2.998	0.088			79.564	0.001
กลุ่มทดลอง	34	3.29	0.93			1.70	0.355		
กลุ่มควบคุม	34	3.28	0.79			1.87	0.977		
5.การรู้เท่าทันสื่อ				0.356	0.553			5.652	0.020
กลุ่มทดลอง	34	3.32	0.960			3.71	0.308		
กลุ่มควบคุม	34	3.10	1.099			3.24	0.473		
6.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง				8.496	0.005			5.652	0.020

ตัวแปร	n	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
		Mean	S.D.	F	P-value	Mean	S.D.	F	P-value
กลุ่มทดลอง	34	2.99	0.698			3.71	0.308		
กลุ่มควบคุม	34	3.39	0.481			3.24	0.473		
7.พฤติกรรมสุขภาพ				0.757	0.387			5.283	0.025
กลุ่มทดลอง	34	3.60	0.626			4.40	0.281		
กลุ่มควบคุม	34	3.64	0.542			3.74	0.444		
8.ระดับน้ำตาลในเลือด			2.628	2.628	0.110			0.090	0.000
กลุ่มทดลอง	34	112	13.002			104	9.137		
กลุ่มควบคุม	34	115	4.047			121	7.792		

ตางรางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่า ตัวแปรที่มีคะแนนเฉลี่ย แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง (P-value=0.000) การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ (P-value=0.000) การสื่อสาร (P-value=0.012) การจัดการตนเอง (P-value=0.000) การรู้เท่าทันสื่อ (P-value=0.000) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (P-value=0.000) พฤติกรรมสุขภาพ (P-value=0.000) ระดับน้ำตาลในเลือด (P-value=0.007) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. ความรู้ความเข้าใจ	3.76	1.256	5.73	0.511	- 8.470	66	0.000	-2.435 - (-1.506)
2. การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	3.47	0.843	4.57	0.371	- 6.977	66	0.000	-1.418 - (-0.787)
3. การสื่อสาร	3.03	0.408	2.66	0.259	4.490	66	0.012	0.206 - 0.538
4. การจัดการตนเอง	3.29	0.934	1.70	0.355	9.260	66	0.000	1.245- 1.930
5. การรู้เท่าทันสื่อ	3.32	0.960	1.58	0.398	9.731	66	0.000	1.379 -2.091
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	2.99	0.698	3.71	0.308	- 5.539	66	0.000	-0.987- (-0.463)
7. พฤติกรรมสุขภาพ	3.60	0.626	4.40	0.281	-6825	66	0.000	-1.039- (-0.568)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
8. ระดับน้ำตาลในเลือด	112	13.002	104	9.137	2.806	66	0.007	2.206- (13.088)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย 1. ความรู้ความเข้าใจของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (P-value=0.000) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพดีขึ้นตามหลักปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส 2. การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (P-value=0.000) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพดีขึ้น 3. การสื่อสารสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (P-value=0.012) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้รับการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ดีขึ้น 4. การจัดการตนเองกลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (P-value= 0.000) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีการจัดการตนเองตามหลัก 3อ 2ส ดีขึ้น 5. รู้เท่าทันสื่อกลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (P-value=0.000) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความรู้เท่าทันสื่อดีขึ้น 6. ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง กลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (P-value=0.000) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องดีขึ้น 7. พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (P-value=0.000) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น 8. ระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (P-value=0.007) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่ดี การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ดี ทำให้มีการจัดการตนเองที่ดี มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง กลุ่มเสี่ยงเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.นำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ขยายผลต่อยอดการดูแลในตำบลอื่นๆในอำเภอเชียงแสน

2.พัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในอำเภอเชียงแสน ลดการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในอำเภอเชียงแสนตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.**การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารสำหรับวัยทำงาน**. http://www.hed.go.th/linkhed/file/2563.

วรรณรา ชื่นวัฒนา,ณิชานาฏ สอนภักดี.(2557**). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี**.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 6(3): 163-170.

วัลลภา บุญรอด.(1995) **แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม.** http://sutir.sut.ac.th:8080/jspui/bitstream//หน้า 37.

สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 4 จังหวัดนนทบุรี.**แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส**. http://do4.hss.moph.go.th/index.php/2017.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2558). **การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)**. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย.(2565). **Health Data Center.** http://hdcdervice.moph.go.th/hdc/reports/page.php.,2565.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2565). **โรคเบาหวาน.** https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart/2014.

สมชาย นิลแก้ว, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ.(2020). **การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์**.วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 20(11): 28

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2565). **โรคเบาหวาน.** https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart/2014.

โรงพยาบาลเชียงแสน**.** (2565). **ทะเบียนการรักษา.** https://chiangsaenhospital.go.th/.

Journal of Science and Technology Northern

Received: 6 Dec 2023; **Revised:** 20 Dec 2023

Accepted: 27 Dec 2023

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ชลีรัตน์ ฟองนวล[1]

บทนำ

งานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุ ประชากรคือ ผู้สูงอายุรับการตรวจคัดกรองวัณโรค จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โปรแกรมการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุ จำนวน 4 กิจกรรม เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ 7 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ เจตคติ การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองวัณโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.983 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ.2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองตัวแปรที่มีความแตกต่างจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ด้านความรู้เรื่องวัณโรค (P-value<0.001) เจตคติต่อโรควัณโรค (P-value<0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค (P-value<0.001) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค (P-value<0.001) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค (P-value<0.001) อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันวัณโรค (P-value<0.001) ปัจจัยเอื้อในการป้องกันวัณโรค (P-value<0.001) ปัจจัยเสริมในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันวัณโรค (P-value<0.001) และพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรค(P-value<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ : วัณโรค, การตรวจคัดกรอง, ผู้สูงอายุ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงแสน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

E-mail: chleerat@gmail.com

Effectiveness of the health belief model program for knowledge and behavior of tuberculosis screening among Elderly in Wiang Sub-district, Chiang Saen District, Chiang Rai Province.

Chaleerat Fongnual [1]

Abstract

This Quasi experimental research aimed to study the effectiveness of the health belief model program for knowledge and behavior of tuberculosis screening among elderly. Population was 60 elderlies who received tuberculosis screening divided into experimental and control group (30 cases per group). The intervention used in the study were the health belief model program for knowledge and behavior of tuberculosis screening among elderly composed 4 activities. Data was collected by questionnaire including characteristic, knowledge, attitude, health perception, enabling factor, reinforcing factor, during November–December, 2023 and analyzed by descriptive statistic, Chi-square test, and independent t-test. The result reported that factors was increasing after experiment with statistic significantly including; knowledge (P-value<0.001) attitude (P-value<0.001) perceived of risk (P-value<0.001) perceived of severity (P-value<0.001) perceived of benefit (P-value<0.001) perceived of barrier (P-value<0.001) enabling factor (P-value<0.001) reinforcing factor (P-value<0.001) and tuberculosis screening behavior (P-value<0.001)

Keywords : Tuberculosis, Screening, Elderly

[1] Registered Nurse, Professional Level Chiang Saen Hospital, Chiang Saen District, Chiang Rai Province. E-mail: chleerat@gmail.com

บทนำ

จากรายงานวัณโรคระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2563 อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 9.9 ล้านคน (127 ต่อแสนประชากร) เสียชีวิตสูงถึง 1.3 ล้านคน จากรายงานพบผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 5.8 ล้านคน (75 ต่อแสนประชากร)และในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 86 (World Health Organization, 2021) วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย อุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคของประเทศไทยปีงบประมาณ 2564 พบจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ สูงสุด 10 จังหวัดแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น นครราชสีมา ศรีสะเกษ อุบลราชธานี สุรินทร์ เชียงราย สงขลา ชลบุรี และอุดรธานี (กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค, 2564)

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดเชียงราย ในปี 2566 มีผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท 1,648 ราย เป็นวัณโรคในปอด 1,369 ราย นอกปอด 223 ราย ในและนอกปอด 56 ราย เป็นเพศชายมากกวาเพศหญิงในสัดสวน 1 : 2.14 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากกวา 65 ปขึ้นไปร้อยละ 32.04 รองลงมาได้แกอายุ 45-54 ป ร้อยละ 17.11 และอายุ 35-44 ป ร้อยละ 12.74 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเชียงแสน, 2566)

สถานการณ์วัณโรคอำเภอเชียงแสน ในปี 2566 ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท จำนวน 42 ราย พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57 (โรงพยาบาลเชียงแสน, 2566) อัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 5.26 (เป้าหมาย < 5%) เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม มีภาวะทุพโภชนาการ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำยังต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ77.87 (เป้าหมาย≥ 90% ของค่าประมาณการ 143 ต่อแสนประชากร) เพื่อให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2560–2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565) ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ มีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วย มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ปลอดภัยจากวัณโรค

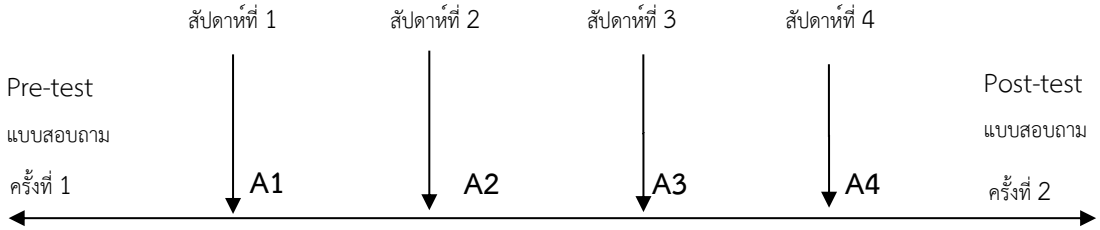
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลเปรียบเทียบก่อน - หลังการทดลอง (Two Groups Pre-post test) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ.2566

กลุ่มทดลอง



A1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย การรักษา การดูแลสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การเข้าถึงระบบบริการ

A2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมติดตามสอบถาม เยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ สร้างกลุ่ม line เพื่อการสื่อสาร

A3 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก

A4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมสรุปผลการดำเนินโครงการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ วัดผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมิน ADL มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 1,112 คน โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 จำนวน 30 คน ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุ

กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 จำนวน 30 คน ได้รับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุ โดยพัฒนามาจากแนวคิดส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องวัณโรค สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย การรักษา การดูแลสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การเข้าถึงระบบบริการ การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เป็นกลุ่ม โดยใช้โปรแกรม POWER POINT วีดีทัศน์ความรู้เรื่องวัณโรค ทำอย่างไรปลอดภัยจากวัณโรค เมื่อความลับแพ้ความรัก ขอเบอร์โทรศัพท์ สร้างกลุ่ม line

กิจกรรมที่ 2 ติดตามสอบถาม เยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์หรือผ่านกลุ่ม line โดยทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านร่วมกับแกนนำสุขภาพ (Care giver) สอบถามปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ การเดินทางมารับการตรวจคัดกรองวัณโรค เตือนให้เข้ารับการคัดกรองวัณโรคตามนัด

กิจกรรมที่ 3 การคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก หากผลปกติ แนะนำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค หากผลผิดปกติแพทย์พิจารณาตรวจเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมสรุปผลการดำเนินโครงการ ติดตามและประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและแนวทางแก้ไขปัญหา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้โรควัณโรค ลักษณะคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แบบสัมภาษณ์เป็นแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ มีเกณฑ์

ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับโรควัณโรค ลักษณะคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วิธีการวัดของลิเคิล (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค ลักษณะคำตอบ

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การได้รับสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การเข้าถึงแหล่งข้อมูล การได้รับความสะดวกในการรับบริการ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการแนะนำในการป้องกันโรค ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรค มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก ดังนี้ มา และไม่มา

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์นี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ตำบลโยนก อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.983

สถิติวิเคราะห์

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดต่ำสุด

สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ CRPPHO 197/2566 วันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ.2566

ผลการศึกษาวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (56.7%) กลุ่มอายุระหว่าง 66-79 ปี (53.3%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (76.7%) มีสถานภาพสมรส (46.7%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 2,000-20,000 บาท (76.7%) จบการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา (46.7%) มีโรคประจำตัว (73.3%) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (23.3%) รองลงมาคือ โรคหัวใจ เก๊าท์ (16.7%) มีประวัติป่วยเป็นวัณโรค (6.7%) ตามลำดับ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (53.3%) กลุ่มอายุระหว่าง 66-79 ปี (46.7%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (46.7%) มีสถานภาพสมรส (60.0%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 2,000-

20,000 บาท (100%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (53.3%) มีโรคประจำตัว (83.3%) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (33.3%) รองลงมาคือ โรคหัวใจ เก๊าท์ (16.7%) มีประวัติป่วยเป็นวัณโรค (3.3%) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.601	0.438
ชาย	13	43.30	16	53.30		
หญิง	17	56.70	14	46.70		
อายุ					0.267	0.875
< 65	7	23.30	8	26.70		
66-79	16	53.30	14	46.70		
>80	7	23.30	8	26.70		
อาชีพ					9.332	0.25
ค้าขาย	4	13.30	3	10.00		
รับจ้าง	3	10.00	9	30.00		
เกษตรกร	0	0	4	13.30		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23	76.70	14	46.70		
สถานภาพ					1.167	0.435
โสด	3	10.00	1	3.30		
คู่/สมรส/อยู่ด้วยกัน	14	46.70	18	60.00		
รายได้ (บาท)					7.925	0.019
<2,000	6	20.00	0	0.00		
2,000-20,000	23	76.70	30	100		
20,000-24,000	1	3.30	0	0.00		
ระดับการศึกษา					1.467	0.480
ต่ำกว่าประถมศึกษา	14	46.70	10	33.30		
ประถมศึกษา	14	46.60	16	53.30		
มัธยมศึกษา	2	6.70	4	13.30		

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคประจำตัว					7.622	0.471
ไม่มี	8	26.70	5	16.70		
โรคเบาหวาน	6	20.00	4	13.30		
โรคความดันโลหิตสูง	7	23.30	10	33.30		
โรคหอบหืด	0	0.00	1	3.30		
ติดเชื้อเอชไอวี	0	0.00	2	6.70		
โรคติดสุราเรื้อรัง	0	0.00	1	3.30		
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2	6.70	2	6.70		
โรคมะเร็ง	2	16.70	0	0.00		
อื่นๆ (หัวใจ เก๊าท์)	5	16.7	5	16.7		
ท่านเคยป่วยเป็นวัณโรค					0.351	0.554
ใช่	2	6.7	1	3.3		
ไม่ใช่	28	93.3	29	96.7		

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลตัวแปรต้นเปรียบเทียบก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีตัวแปรต้นแตกต่างกัน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อวัณโรค (P-value=0.001) การรับรู้ประโยชน์การป้องกันวัณโรค (P-value<0.001) ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีตัวแปรไม่แตกต่างกัน ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรควัณโรค (P-value=0.068) เจตคติต่อโรควัณโรค (P-value=0.658) การรับรู้ความรุนแรงวัณโรค (P-value=0.142) การรับรู้อุปสรรคการป้องกันวัณโรค (P-value=0.916) ปัจจัยเอื้อการป้องกันวัณโรค (P-value=0.286) ปัจจัยเสริมป้องกันวัณโรค (P-value=0.289) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบตัวแปรต้น ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
		Mean	S.D.	t-test	P-value	Mean	S.D.	t-test	P-value
ความรู้เรื่องวัณโรค				1.858	0.068			19.868	0.000
กลุ่มทดลอง	30	5.63	3.662			13.00	0.000		
กลุ่มควบคุม	30	4.20	2.107			6.00	1.929		
เจตคติต่อวัณโรค				0.445	0.658			25.300	0.000
กลุ่มทดลอง	30	3.16	0.380			4.70	0.286		
กลุ่มควบคุม	30	3.12	0.155			3.14	0.177		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				3.693	0.000			15.966	0.000
กลุ่มทดลอง	30	3.64	0.436			4.67	0.282		
กลุ่มควบคุม	30	3.29	0.265			3.51	0.283		
การรับรู้ความรุนแรง				1.487	0.142			19.617	0.000
กลุ่มทดลอง	30	3.31	0.356			4.52	0.303		
กลุ่มควบคุม	30	3.20	0.165			3.28	0.166		
การรับรู้ประโยชน์				3.529	0.001			19.595	0.000
กลุ่มทดลอง	30	3.68	0.480			4.79	0.280		
กลุ่มควบคุม	30	3.34	0.219			3.53	0.213		
การรับรู้อุปสรรค				-0.106	0.916			11.356	0.000
กลุ่มทดลอง	30	3.24	0.599			4.38	0.345		
กลุ่มควบคุม	30	3.26	0.337			3.39	0.334		
ปัจจัยเอื้อ				1.077	0.286			13.508	0.000
กลุ่มทดลอง	30	3.44	0.366			4.72	0.349		
กลุ่มควบคุม	30	3.33	0.387			3.36	0.427		
ปัจจัยเสริม				-1.070	0.289			10.129	0.000
กลุ่มทดลอง	30	3.10	0.806			4.82	0.310		
กลุ่มควบคุม	30	3.29	0.583			3.42	0.690		
พฤติกรรมการคัดกรองวัณโรค				N/A	N/A			2.397	0.020
กลุ่มทดลอง	30	0.00	0.00			0.67	0.479		
กลุ่มควบคุม	30	0.00	0.00			0.37	0.490		

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบตัวแปรของกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองตัวแปรที่มีความแตกต่างจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ประกอบด้วย ด้านความรู้เรื่องวัณโรค เจตคติต่อโรควัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันวัณโรค ปัจจัยเอื้อในการป้องกันวัณโรค ปัจจัยเสริมในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันวัณโรค พฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรค ตามลำดับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบตัวแปรต้นและพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. ความรู้เรื่องโรควัณโรค	5.63	3.662	13.00	0.000	-11.017	58	0.000	-8.70 - -6.02
2. เจตคติต่อโรควัณโรค	3.16	0.380	4.70	0.286	-17.719	58	0.000	-1.71 - -1.36
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงติดเชื้อวัณโรค	3.64	0.436	4.67	0.282	-10.920	58	0.000	-1.22 - -0.84
4. การรับรู้ความรุนแรงวัณโรค	3.31	0.356	4.52	0.303	-14.158	58	0.000	-1.38 - -1.03
5. การรับรู้ประโยชน์การป้องกันวัณโรค	3.68	0.480	4.796	0.280	-10.964	58	0.000	-1.31 - -0.91
6. การรับรู้อุปสรรคการป้องกันวัณโรค	3.24	0.599	4.38	0.345	-9.029	58	0.000	-1.39 - -0.88
7. ปัจจัยเอื้อการป้องกันวัณโรค	3.44	0.366	4.72	0.349	-13.852	58	0.000	-1.46 - -1.09
8. ปัจจัยเสริมป้องกันวัณโรค	3.10	0.806	4.82	0.310	-10.947	58	0.000	-2.04 - -1.41
9. พฤติกรรมรับการคัดกรองวัณโรค	0.00	0.00	0.67	0.479	-7.616	58	0.000	-0.84 - -0.49

การอภิปรายผล

ความรู้เรื่องวัณโรคของผู้สูงอายุในการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น จากโปรแกรมทดลองกิจกรรมที่ 1 ส่งผลให้มีพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เสือภูมี.(2560) พบว่าความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอด

เจตคติต่อโรควัณโรคของผู้สูงอายุในการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) เมื่อบุคคล มีเจตคติที่ดีในการป้องกันโรค ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี จากโปรแกรมทดลองกิจกรรมที่ 1 ส่งผลให้มีพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองวัณโรคเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร แท่นคำ (2553) พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอด

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกันโรค อุปสรรคในการปฏิบัติ ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นตามมา จากโปรแกรมทดลองกิจกรรมที่ 1 ส่งผลให้มีพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองวัณโรคเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ มอนไธสง (2561) พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคสูงสุดคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค

ปัจจัยเอื้อการป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุในการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งไม่ให้เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านต่างๆ จากโปรแกรมการทดลองกิจกรรมที่ 2 ส่งผลให้พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองวัณโรคเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพล เมืองกลาง (2557) พบว่า การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือ การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข เป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

ปัจจัยเสริมป้องกันวัณโรคของผู้สูงอายุในการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) การได้รับสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันวัณโรค การให้คำแนะนำ เป็นสิ่งที่เอื้อและจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น จากโปรแกรมการทดลองกิจกรรมที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพล เมืองกลาง (2557) พบว่า การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือเพื่อป้องกันวัณโรค การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข เป็นตัวแปรที่ดีของพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

พฤติกรรมการมารับการคัดกรองวัณโรคของผู้สูงอายุในการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้ เจตคติ การรับรู้ในการป้องกันโรควัณโรคดี ส่งผลให้มีพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรคเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) ที่เชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล และปัจจัยเสริมจากสิ่งที่ชักนำให้เกิดการตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรม จากโปรแกรมการทดลองกิจกรรมที่ 3 ผู้สูงอายุมีการรับรู้จากกิจกรรมที่ 1,2 ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองวัณโรคเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนางานกิจกรรมการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน โดยเพิ่มประเด็นความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของวัณโรค เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองวัณโรค มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพดี ปลอดภัยจากวัณโรค

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย.** 2564: 1-11.

ขวัญใจ มอนไธสง. (2561) **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.**วารสารพยาบาลทหารบก. 18(ฉบับพิเศษพฤษภาคม-สิงหาคม 2560): 306-314.

งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเชียงแสน. (2566). **สถิติผู้รับบริการคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลเชียงแสน.** เชียงราย: โรงพยาบาลเชียงแสน.

นงนุช เสือภูมี. (2556). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชน ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี.**วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 23(2): 79 – 93.

วีระพล เมืองกลาง. (2557). **พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีษะเกษ.** วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 7 (1): 132 – 142.

World Health Organization. **Global tuberculosis report 2021**. Geneva, Switzerland: WHO; 2021.

Received: 6 Dec 2023; **Revised:** 20 Dec 2023
Accepted: 27 Dec 2023

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

รัตนา จันแปงเงิน[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน โดยใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 ประเมินความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน โดยประเมินตามรูปแบบ D-METHOD กิจกรรมที่ 2 กำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย จากการประเมินตามกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 3 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยการสอนและให้ความรู้ตามปัญหาของผู้ป่วยที่วินิจฉัยได้ โดยใช้แผนการสอน ภาพพลิก คู่มือการส่งเสริมความสามารถ ในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กิจกรรมที่ 4 ประเมินติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัวและปัญหาอุปสรรคในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของตนเอง ติดตามสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาดำเนินการ พฤศจิกายน - ธันวาคม 2566 ใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองผลการวิจัย พบว่า ความสามารถการประเมินประสบการณ์การมีอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (P-value < 0.001) ความสามารถในการจัดการและควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (P-value < 0.001) และการรับรู้สภาวะของอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (P-value < 0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, อาการกำเริบเฉียบพลัน, การวางแผนจำหน่าย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย
E-mail: ratanachiangsaen@gmail.com

Effects of a Discharge planning program for Chronic Obstructive Pulmonary Disease on acute exacerbation management, Chiang Saen Hospital

Rattana Janpaengngern[1]

Abstract

This Quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of discharge planning program for Chronic Obstructive Pulmonary Disease on acute exacerbation management, Chiang Saen Hospital. Population in this study consisted of 30 participants. This discharge planning program for Chronic Obstructive Pulmonary Disease on acute exacerbation management, Chiang Saen Hospital; composed of 4 activities and assessment within 4 weeks. The instrument used for data collection by questionnaire and data analyzed to test research hypothesis by independent t-test. The result showed that the variables had average scores increased with statistic significantly including, ability to assess the acute exacerbation experiences of patients with chronic obstructive pulmonary disease (P-value < 0.001), ability to independently manage and control breathing difficulties in patients with chronic obstructive pulmonary disease (P-value < 0.001), and the perception of the state of acute exacerbation symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease (P-value < 0.001), respectively.

Keywords : Chronic obstructive pulmonary disease, acute exacerbation, Discharge planning

[1] Registered Nurse, Professional Level, Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province.

E-mail: ratanachiangsaen@gmail.com

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประชากรโลก (World Health Organization, 2023) และจากสถิติสุขภาพคนไทยที่ผ่านมาในปี 2561-2564 พบว่าอัตราการตายต่อแสนประชากรจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10.24, 10.13, 8.95 และ 7.81 ตามลำดับ และพบว่าอัตราตายของประชากรในภาคเหนือเป็นลำดับแรก ซึ่งจังหวัดเชียงรายพบอัตราการตายต่อแสนประชากร 19.08 (สถิติสุขภาพคนไทย, 2564)

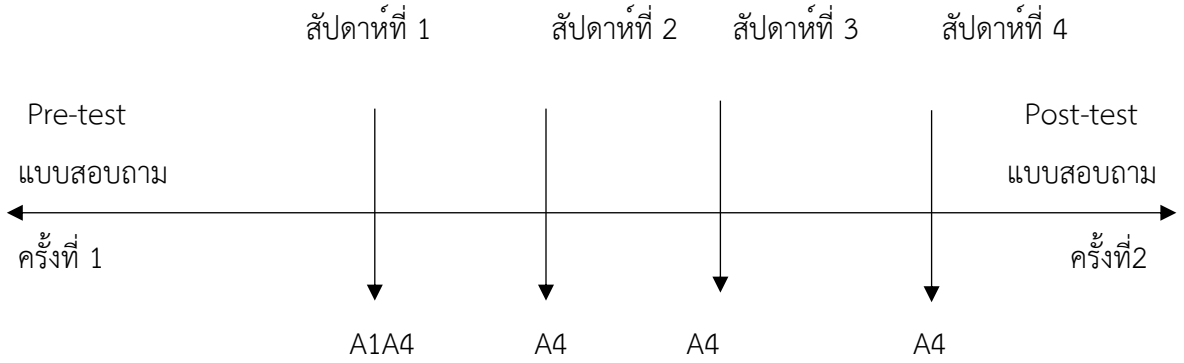
จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลเชียงแสน ปี พ.ศ.2564-2566 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน มีจำนวน 165, 111, 125 ราย/ต่อปี ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเชียงแสน, 2566) ผู้ป่วยเหล่านี้พบปัญหากลับมารักษาซ้ำภายในโรงพยาบาลเชียงแสน (Readmissions) คิดเป็นร้อยละ 15.78, 14.16, 11.78 พบว่า ร้อยละ 90 มาด้วยภาวะหายใจกำเริบเฉียบพลัน จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขึ้น ตามแนวคิดการจัดการอาการของด็อดและคณะ (Dodd et.al., 2001) ร่วมกับการวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2539) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดวิจัย

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม กิจกรรม ดังนี้



A1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการกำเริบเฉียบพลันและกลวิธีในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันที่ผ่านมาตามรูปแบบ D-METHOD

A2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 การวินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย

A3 หมายถึง กิจกรรมที่3 วางแผนจำหน่ายและปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันตามประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายพร้อมทั้งฝึกทักษะต่างๆ

A4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 ติดตามความสม่ำเสมอในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันทางโทรศัพท์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2566

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 125 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาด้วยอาการกำเริบ (Acute exacerbation) และไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นวิกฤติและถูกส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น, เปลี่ยนใจไม่เข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน เก็บตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน มี 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประเมินความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน

โดยประเมินตามรูปแบบ D-METHOD ได้แก่ 1. โรคที่เป็น (Disease) 2. การใช้ยา (Medication) 3. สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (Environment & economic) 4. แผนการรักษา (Treatment) 5. ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดของตนเอง (Health) 6. การจัดการที่เหมาะสม ความต่อเนื่องในการรักษา (Outpatient referral) 7. การรับประทานอาหาร (Diet) ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 กำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย จากการประเมินตามกิจกรรมที่ 1

กิจกรรมที่ 3 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยการสอนและให้ความรู้ตามปัญหาของผู้ป่วยที่วินิจฉัยได้ โดยใช้แผนการสอน ภาพพลิก คู่มือการส่งเสริมความสามารถ ในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 4 ประเมินติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัวและปัญหาอุปสรรคในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของตนเอง ติดตามสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

แบบสอบถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้มาจากการประยุกต์แนวคิด ของ ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลยุทธธ์การจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ร่วมกับการวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) ในการศึกษาครั้งนี้แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน ส่วนที่ 4 แบบประเมินสภาวะอาการกำเริบเฉียบพลันแบบตัวเลข (Dyspnea numerical rating scale) ประกอบด้วยแบบวัดสภาวะอาการกำเริบเฉียบพลันในช่วง1สัปดาห์ที่ผ่านมาในรอบวันที่ผ่านมาและในขณะประเมินอาการ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้โรงพยาบาลเชียงของ จังหวัดเชียงราย คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ (Significantly) และรายงานผลเป็นค่า Mean differences, P-value และ 95% Confidence Interval

ผลการศึกษาวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (76.67%) อายุระหว่าง 20-45 ปี (25.00%) (Mean=68.03, S.D.=10.89, Min=35, Max=95.00) สถานภาพคู่ (76.67%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (60.00%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (50.00%) และส่วนใหญ่มีผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลขณะอยู่บ้าน (93.33%)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย (n=30)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	76.67
หญิง	7	23.33
อายุ (ปี)		
35-59	5	25.00
60 ปีขึ้นไป	25	75.00
Mean =68.03, S.D.=10.89, Min=35, Max=95		
สถานภาพ		
โสด	1	3.30
คู่	23	76.70
หม้าย/หย่า/แยกทางกันอยู่	6	20.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	8	26.67
ประถมศึกษา	18	60.00
มัธยมศึกษา	3	10.00
อนุปริญญา	1	3.33
อาชีพ		
เกษตรกรรม	15	50.00
ค้าขาย	4	13.34
รับจ้าง	3	10.00
รับราชการ รัฐวิสาหกิจ	1	3.33

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อื่นๆ (ไม่มีอาชีพ)	7	23.33
ผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลท่านขณะอยู่บ้าน		
ไม่มี	2	6.67
มี	28	93.33

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน 5-10 ปี (66%) ประวัติการสูบบุหรี่คือ เคยสูบ (70%) คนในบ้านหรือคนรอบข้างสูบบุหรี่ (70%) ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีอาการกำเริบจนต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล (93.33%) ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีอาการหายใจลำบากจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (90%) การตรวจรักษาตามนัดในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา (80%) เคยขาดยาบ้างเป็นบางครั้งแต่ไม่เกิน 1 สัปดาห์ (50%)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย (n=30)

ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา(ปี)		
<5	5	16.66
5-10	20	66.00
>10	5	16.66
Mean =5.17, S.D.=2.07, Min=2, Max=10		
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	3	10.00
สูบ	6	20.00
เคยสูบ	21	70.00
คนในบ้านหรือคนรอบข้างสูบบุหรี่		
ไม่มีคนสูบ	9	30.00

ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มีคนในบ้าน หรือคนรอบข้างสูบบุหรี่	21	70.00
อาการหายใจลำบากเกิดขึ้นเมื่อต้องสัมผัสหรือสูดดม		
ฝุ่นละออง	30	100.00
ควันไฟ	29	96.67
ควันบุหรี่	25	83.34
ไรฝุ่นในบ้าน หรือที่นอน	15	50.00
อากาศร้อนจัด หรือเย็นจัด	26	86.67
ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีอาการกำเริบจนต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล		
ไม่เคย	2	6.67
เคย	28	93.33
ในระยะ ปีที่ผ่านมาท่านมีอาการหายใจลำบากจนต้องพักรักษา 1 ตัวในโรงพยาบาล		
ไม่เคย	3	10.00
เคย	27	90.00
การตรวจรักษาตามนัดในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่มาตามนัดทุกครั้ง	24	80.00
มาตามนัดทุกครั้ง	6	20.00
การใช้ยา		
รับประทานยาทุกวันไม่เคยขาด	11	36.67
เคยขาดยาบ้างเป็นบางครั้งแต่ไม่เกิน สัปดาห์ 1	15	50.00
เคยขาดยาเกิน เดือน 3	1	3.33
รับประทานยาพ่นยาเฉพาะมีอาการหายใจลำบากเท่านั้น/	3	10.00

ตารางที่ 3 ด้านความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังงานหอผู้ป่วยในประกอบด้วย ความสามารถการประเมินประสบการณ์การมีอาการกำเริบเฉียบพลันความสามารถในการ

จัดการและควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเองความต้องการของผู้ป่วย สภาวะอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้ถึงผลลัพธ์ของสภาวะอาการกำเริบเฉียบพลัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001)

ตารางที่ 3 ความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. ด้านความสามารถการประเมินประสบการณ์การมีอาการกำเริบเฉียบพลัน	3.44	0.57	4.33	0.47	-6.53	58	<0.001	-1.16- - 0.61
2. ด้านความสามารถในการจัดการและควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง	2.98	0.40	4.03	0.50	-8.89	58	<0.001	-1.28- -0.81
3. การรับรู้ถึงผลลัพธ์ของสภาวะอาการกำเริบเฉียบพลัน	7.23	0.80	4.80	0.66	12.65	58	<0.001	2.04-2.81

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย 1.ความสามารถการประเมินประสบการณ์การมีอาการกำเริบเฉียบพลันมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการประเมินความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันและมีการจัดการอาการตามปัญหาสำคัญ 2. ด้านความสามารถในการจัดการและควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติ (P-value<0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า ในกิจกรรมที่ 2 ได้กำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาของกลุ่มทดลอง ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการปัญหาและควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง 3. สภาวะอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

จากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า ในกิจกรรมที่ 3 ได้รับการให้ควารู้โดยการสอนวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและให้ความรู้และฝึกทักษะต่างๆตามปัญหาของผู้ป่วยที่วินิจฉัยได้ โดยใช้แผนการสอน ภาพพลิก คู่มือการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบไปด้วยการประเมิน การจัดการและการรับรู้สภาวะของอาการกำเริบเฉียบพลัน เช่น ความรู้เกี่ยวกับยา และฝึกฝนทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการใช้ยา มีการรับรู้ถึงแผนการรักษา มีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง รวมถึงมีความเข้าใจในภาวะสุขภาพของตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประเมินติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัวและปัญหาอุปสรรคในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของตนเอง ติดตามสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ควรทำการศึกษาผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการประเมินและการจัดการอาการกำเริบและสภาวะอาการกำเริบเฉียบพลันให้นานขึ้นเช่นประเมินผลลัพธ์ที่ 2, 4 และ 6 เดือน เป็นต้น เพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน นอกจากนี้ควรศึกษาผลลัพธ์ด้านอื่นๆเพิ่มเติมเช่นการใช้เทคโนโลยีติดตามหลังจำหน่ายอย่างเป็นระบบเช่นการบริการรักษาทางไกล(Telemedicine) การติดตามอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน อัตราวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้ในระบบสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กนก พิพัฒน์เวช และศิริพร อุปจักร. (2564). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสฝุ่นละออง PM2.5 กับอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลน่าน.** วารสารวิชาการสาธารณสุข. 30(4): 645-653.

กนกวรรณ อนุศักดิ์, รัตนนุช มาธนะสารวุฒิ, โภคิณ ศักรินทร์กุล, และวิชุดา จิรพรเจริญ. (2564). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน.** วารสารกรมการแพทย์. 46(4): 67 – 73.

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.(2539). **แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย**.กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

งานศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลเชียงแสน. (2566). **สถิติผู้รับบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน.** เชียงราย: โรงพยาบาลเชียงแสน.

นุชรัตน์ จันทโร. (2561). **ผลของโปรแกรมสนับสนุนนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** ปริญญาโทมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พนาวรรณ บุญพิมล, สุภาภรณ์ ด้วงแพ และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2558). **ปัจจัยทำนายอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วารสารคณะพยาบาลศษสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 23(1): 26-39.

วิภาณี คงทน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คะนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, และนัฐพล ฤทธิ์ทยมัย. (2562). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การศึกษาไปข้างหน้า**. วารสารสภาการพยาบาล. 34(3): 76 – 90.

สถิติสุขภาพคนไทย. (2564). **โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** https://www.hiso.or.th/thaihealthstat.

อาดีละห์ สะไร. (2559). **ผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., & Taylor, D. (2001). **Advancing the science of symptom management**. Journal of Advanced Nursing. 33(5), 668-676.

Reis, A. J., Alves, C., Furtado, S., Ferreira, J., Drummond, M., & Robalo-Cordeiro, C. (2018). **COPD exacerbations: Management and hospital discharge.** Pulmonology. 24(6), 345–350.

World Health Organization. (2023). **Chronic obstructive pulmonary disease (COPD).** https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd).

Received: 6 Dec 2023; **Revised:** 20 Dec 2023
Accepted: 27 Dec 2023

ผลของการใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score ต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

อภิรวี พินิจสุวรรณ[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score ต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกผู้ป่วย ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเชียงแสน จำนวน 30 คน โปรแกรม Chiang Saen triage Score ในการคัดแยกผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ระยะเวลาทดลอง 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม และแบบบันทึกความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัยเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการคัดแยกระดับความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.009) ความถูกต้องต่อการคัดแยกผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ก่อนการทดลอง (57.8%) หลังการทดลองเพิ่มขึ้น (85.9%) กลุ่มตัวอย่างที่คัดแยกไม่ถูกต้องมีจำนวนลดลง โดยก่อนการทดลองคัดแยกไม่ถูกต้อง (42.2%) และหลังการทดลองการคัดแยกไม่ถูกต้อง (14.1%) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างในการคัดแยกผู้ป่วย พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) มีการคัดแยกได้ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) มีจำนวนลดลง ก่อนการทดลอง (22.40%) หลังการทดลอง (10.70%) และการคัดแยกได้ระดับสูงกว่าเกณฑ์ (Over triage) มีจำนวนลดลง (34.81%) และหลังการทดลองมีการคัดแยกได้ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage) (3.91%)

คำสำคัญ : โปรแกรม, การคัดแยกผู้ป่วย, อุบัติเหตุฉุกเฉิน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย, E-mail: p.jundee24@gmail.com

The effect of using The Chiang Saen triage Score program to the accuracy for patient triage at Emergency department Chiang Saen Hospital

APIRAVEE PINITSUWAN [1]

Abstract

This quasi experimental research aimed to study the effectiveness of Program Chiangsaen Triage Score. Population in this study consisted of 30 Registered nurse and public health officer (Emergency medicine) related to triage of patients in Chiang Saen hospital. This program Chiang Saen triage Score composed of 3 activities and assessment with in 3 months. The instrument used for data collection by questionnaire and data analyzed to test research hypothesis by Independent t-test. The result showed that knowledge of patient triage had average score increasing with statistic significant (P-value=0.009), comparison the accuracy for patient triage had average score increasing, before (57.8%) and after (85.0%). The experiment group was incorrect patient triage had average score decreasing, before (42.2%) and after (14.1%). The analyzed of patient triage score was different with statistic significant (P-value<0.001), score of under triage was decreased from before (22.40%) to after (10.7%) and over triage was decreased from before (34.81%) to after (3.91%), respectively.

Keywords : Program, Triage, Emergency

[1] Registered Nurse,Professional Level Chiang Saen Hospital, E-mail: p.jundee24@gmail.com

บทนำ

สถิติการบริการในห้องฉุกเฉิน พบว่า มีผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้งต่อปี ในปี พ.ศ.2559 และพบว่า ร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) สถิติข้อมูลผู้มารับบริการโรงพยาบาลเชียงแสน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-2565 เข้ามารับบริการเฉลี่ยวันละ 94.70, 82.76, 81.37 และ 83.98 ตามลำดับ การคัดกรอง (Triage) เพื่อหาผู้ป่วยที่รอไม่ได้และจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ก่อน จำเป็นที่ต้องมีเครื่องมือกระบวนการคัดกรองที่แม่นยำและน่าเชื่อถือ ปัจจุบันทางกรมการแพทย์ (2561) ได้จัดทำกระบวนการคัดกรองของประเทศไทย (Thailand National Triage Guideline) เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ MOPH ED Triage เป็นการคัดกรอง 5 ระดับ โดยใช้การประเมินลักษณะ (Acuity) และทรัพยากร(resources) ขั้นตอนแรกการประเมินลักษณะ (Acuity) จะถูกใช้เป็นอย่างเดียว เพื่อคัดแยกเป็นระดับ 1 หรือระดับ 2 ใช้การตัดสินใจ จากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แขนขาและอวัยวะเป็นหลัก และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าระดับดังกล่าว จะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 3, 4 หรือ 5 การใช้ทรัพยากรอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ของผู้ประเมิน สำนักการพยาบาล (2551) ได้กำหนดมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่คัดกรองการเจ็บป่วยสำคัญของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกราย และจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาล(Priorities of Care) ตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย การศึกษาของ พรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ (2559) พบว่า การคัดแยกผู้ป่วยเพื่อจัดลำดับความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างเหมาะสม ตรงตามประเภทความรุนแรง ช่วยให้ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงได้รับการรักษาก่อน ลดความสูญเสีย หรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ และช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ผู้ป่วยรายอื่นได้ ทำให้การให้บริการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลเชียงแสนได้ใช้เกณฑ์การคัดแยกตามหลัก MOPH ED Triage ในการคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วนในการให้การดูแลรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ยังพบจำนวนการคัดแยกผู้ป่วยไม่ถูกต้องเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจ ปัญหาที่พบ ได้แก่ บุคลากรผู้ปฏิบัติขาดประสบการณ์และความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วย เกณฑ์การคัดแยกมีหลายหัวข้อในการพิจารณาคัดแยก ไม่สะดวก ทำให้พยาบาลใช้เกณฑ์การคัดแยกตามความรู้สึก ตามประสบการณ์ที่ได้รับรู้มา ข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-2565 พบว่ามีการคัดแยกผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) คิดเป็นร้อยละ 15.63,6.67,5.56 และ6.35 ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาการใช้โปรแกรม Chiang Saen triage ในการคัดแยกผู้ป่วยสำหรับพยาบาลเพื่อให้พยาบาลปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยได้อย่าง มีความเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย และผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่าง

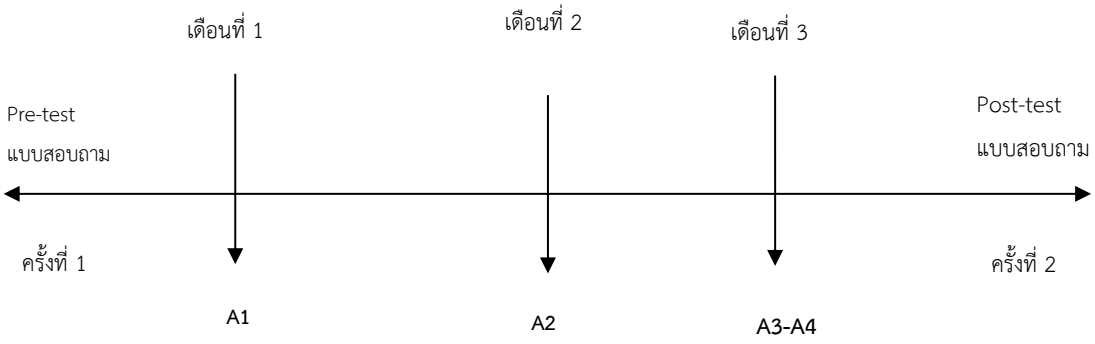
รวดเร็วและเหมาะสมตามระดับความเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score ต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดวิจัย

โปรแกรม Chiang Saen triage Score ต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

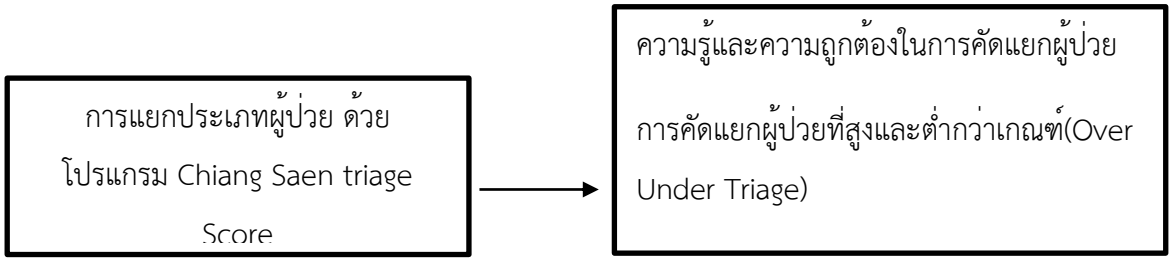


A1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกณฑ์การคัดแยก MOPH ED TRIAGE /ESI Triage

A2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้และวิธีการใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score

A3 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 การใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score ในการคัดแยกผู้ป่วย

แนวคิดการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงในกรณีฉุกเฉิน (Emergency Severity Index,ESI) และ MOPH ED Triage ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเชียงแสน ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 53 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเชียงแสน จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ศึกษา 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเชียงแสนไม่น้อยกว่า 1 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน 2) ไม่สามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำของผู้วิจัยได้ 3) มีความประสงค์ออกจากโครงการวิจัย

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างจะใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือโปรแกรม โปรแกรม Chiang Saen triage Score ประกอบด้วย 3 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกณฑ์การคัดแยก MOPH ED TRIAGE /ESI Triage ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ โดยการนำเสนอเกี่ยวกับเกณฑ์ MOPH ED TRIAGE /ESI Triage เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของ MOPH ED TRIAGE /ESI Triage การคัดกรอง 5 ระดับ สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยใช้การประเมินลักษณะ (Acuity) และทรัพยากร (Resources) ในขั้นตอนแรก การประเมินลักษณะ (Acuity) จะถูกใช้เพียงอย่างเดียว เพื่อคัดแยกเป็นระดับ 1 หรือระดับ 2 และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าระดับดังกล่าว จะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดแยกเป็นระดับ 3, 4 หรือ 5 การประเมินลักษณะ (Acuity) ใช้การตัดสินใจจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แขนขาและอวัยวะเป็นหลัก การประเมินทรัพยากรจะอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ของผู้ประเมิน หลังจากนั้นและแจกคู่มือ MOPH ED. Triage ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง 1 เดือน

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้และวิธีการใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score ประกอบด้วย กลุ่มอาการผู้ป่วย แบ่งเป็น 5ระดับ ได้แก่ Resuscitation ,Emergency, Urgent ,Semi-Urgent และNon Urgent. กลุ่มอายุแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ อายุ <3 เดือน , 3 เดือน-3ปี, 3-8 ปี และ 8ปีขึ้นไป Parameterสำหรับนำมากำหนดเป็นระดับคะแนน (Score) คือ 0-4 จำนวน 7 Parameter ดังนี้ BP systolic, Pulse Rate, RR , Temp ,O2sat, GCS และ PS score. แบ่งระดับความรุนแรง 5 ระดับ ดังนี้ Score =0 เท่ากับ Semi-urgent Score=1 ระดับ urgent Score $\geq$ 2 ส่วนระดับResuscitation และ Non Urgent =No Score ผู้วิจัยนำเสนอเกณฑ์การใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score ในการคัดแยกผู้ป่วยพัฒนาตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงในกรณีฉุกเฉิน (Emergency Severity Index, ESI) และ MOPH ED Triage ให้แก่กลุ่มตัวอย่างให้มีความรู้และเข้าใจในเกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งระดับความรุนแรงในการคัดแยกผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 การใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score ในการคัดแยกผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดของขั้นตอนการใช้โปรแกรม และสาธิตการใช้ใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติจริงในการคัดแยกผู้ป่วย รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและให้การช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาตลอดการใช้โปรแกรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำการคัดแยกผู้ป่วย ใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score ในการคัดแยกผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความถูกต้องในการแยกผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ผ่านการคัดแยกของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เป็นระยะเวลา 1 เดือน หลังการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย ความรู้ และประสบการณ์ในการคัดแยกผู้ป่วย ส่วนที่ 3 ประกอบด้วย ข้อมูลความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์นี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลดอยหลวง และโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย 30 คน ได้ค่าค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.849

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในด้านความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สถิติ Independent t-test โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ (Significantly และรายงานผลเป็นค่า Mean differences, P-value และ 95% CI)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่โครงการวิจัย CRPHO 144/2566 ลงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2566

ผลการศึกษาวิจัย

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลและเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่ปฏิบัติงานคัดแยกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	10.00
หญิง	27	90.00
อายุ (ปี)		
20-30 ปี	21	70.00
30-40 ปี	11	36.67
40-50 ปี	10	33.33
50-60 ปี	0	
Mean = 34.77, S.D.=8.016, Min=23, Max=47		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	3.30
ปริญญาตรี	29	96.70
ตำแหน่งในการปฏิบัติหน้าที่		
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	13	43.30
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	7	23.30

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพ	9	30.00
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน(เวชกิจฉุกเฉิน)	1	3.30
ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ปี)		
< 2	24	40.00
>2-5	20	10.00
>5–10	6	10.00
>10	10	16.67
Mean = 4.4, S.D.=6.148, Min=0, Max=19		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเชียงแสน(ปี)		
0-2	16	26.70
>2-5	6	10.00
>5–10	16	26.70
>10	22	36.70
Mean = 9.03, S.D.=6.610, Min=2, Max=26		
การอบรมเรื่องการคัดแยกผู้ป่วย		
เคย	22	36.70
ไม่เคย	38	63.30

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลและเจ้าพนักงานสาธารณสุข(เวชกิจฉุกเฉิน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (90%) เพศชาย (10%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี (70%) ($\bar{X}$=34.77, S.D.=8.016, Min=23, Max=47) ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี (96.70%) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (43.30%) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน น้อยกว่า2ปี (40%) ($\bar{X}$=4.4, S.D.=6.148, Min=0, Max=19) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเชียงแสน สูงสุด มากกว่า 10 ปี (36.70%) ($\bar{X}$=9.03, S.D.=6.610, Min=2, Max=26) ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเรื่องการคัดแยกผู้ป่วย (63.30%)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลและเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่ปฏิบัติงานคัดแยกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ความรู้ในการคัดแยกระดับความรุนแรง	6.90	1.561	7.70	0.466	-2.689	58	.009	-1.39- -.204

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.009)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลและเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่ปฏิบัติงานคัดแยกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงแสน

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย					0.455	1	0.000	3.034-6.541
ถูกต้อง	181	51.8	281	85.9				
ไม่ถูกต้อง	132	42.2	46	14.1				
Under Triage	69	22.04	35	10.70				
Over Triage	63	34.81	11	3.91				

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความถูกต้องในการคัดกรองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน หลังการทดลองมีความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value< 0.001) มีการคัดแยกได้ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) มีจำนวนลดลงโดยก่อนการทดลอง (22.40%) และหลังการทดลอง มีการคัดแยกได้ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage) (10.70%) การคัดแยกได้ระดับสูงกว่าเกณฑ์ (Over triage) มีจำนวนลดลงโดยก่อนการทดลอง (34.81%) และหลังการทดลองมีการคัดแยกได้ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage) (3.91%)

การอภิปรายผล

ความรู้ในการคัดแยกระดับความรุนแรงของพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.009) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ส่งผลให้บุคลากรมีความเข้าใจและมั่นใจเพิ่มขึ้นในการนำไปใช้ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom ได้กล่าวว่า การเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติหรือสัญชาตญาณ วุฒิภาวะ หรือความบังเอิญ (Bloom B.S., 1976) ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ MOPH ED TRIAGE /ESI Triage รวมทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษารายละเอียดตามเอกสารคู่มือที่ให้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของ MOPH ED TRIAGE /ESI Triage ทำให้มีความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพา วีระคำ และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED TRIAGE ต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย พบว่า ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นหลังได้รับการอบรม เมื่อพยาบาลมีความรู้ในเกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงทำให้สามารถคัดแยกระดับความรุนแรงได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ความถูกต้องต่อการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเชียงแสน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องหลังการทดลองเพิ่มขึ้น (85.90%) ก่อนการทดลอง (57.80%) กลุ่มตัวอย่างที่คัดแยกไม่ถูกต้อง มีจำนวนลดลงโดยก่อนการทดลองคัดแยกไม่ถูกต้อง (42.20%) และหลังการทดลองการคัดแยกไม่ถูกต้องเหลือ (14.10%) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างในการคัดแยกผู้ป่วย พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score ในการคัดแยกผู้ป่วย โดยการลงข้อมูลและประมวลผลเป็นระดับการคัดแยกความรุนแรงช่วยให้ง่ายต่อการประเมินระดับความรุนแรงส่งผลต่อความรวดเร็วและถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และทำให้จำนวนการคัดแยกสูงต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงหลังการทดลอง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัย ของ พรพิไล นิยมถิ่น (2564) ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยแผนกฉุกเฉินด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย พบว่า รูปแบบที่สร้างขึ้นสามารถใช้คัดแยกผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ ER คุณภาพ สามารถลงข้อมูลได้สะดวก เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ประหยัดเวลา ทรัพยากร และแรงงาน และ

สามารถตรวจสอบผลการคัดกรองแยกประเภทได้อย่างถูกต้อง ผลคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีการคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วยถูกต้อง จากการศึกษาของ พรทิพย์ วชิรดิลก ธีระ ศิริสมุด สินีนุช ชัยสิทธิ์ และอนุชา เศรษฐเสถียร (2559) เรื่องการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่าบุคลากรที่ทำการคัดแยกมีความรู้และประสบการณ์แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพการคัดแยกโดยอาจต่ำหรือสูงกว่าเกณฑ์มีอุบัติการณ์ร้องเรียนบ่อยครั้งของผู้รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับการรอคอยนาน ดังนั้นผู้คัดแยกผู้ป่วยมีความรู้ในเกณฑ์การคัดแยกและการใช้โปรแกรมในการคัดแยกที่ง่ายและรวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ลดอุบัติการณ์ที่เกิดจากการคัดแยกได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ควรนำการใช้โปรแกรม Chiang Saen triage Score ในการคัดแยกผู้ป่วยในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระดับความรุนแรงเป็นระบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **MOPH ED.TRIAGE.** นนทบุรี: โรงพิมพ์สานักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ชนิดาภา ไกรธนสอน. (2022). **การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะรอคอยของผู้ป่วยและบทบาทพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน.** Journal of the Phrae Hospital. 30(1): 69-81.

นิตยา สุภามา. (2020). **ประสิทธิผลการพัฒนารูแปบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น.** วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 5(4): 65-74.

พรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ. (2559). **การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย.วารสารสภาการพยาบาล.** 31(2): 96-108.

พิมพา วีระคำ, คัคนนันท์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม, พิชญตม์ ภิญโญ. (2562). **ประสิทธิผลของการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย.** วารสารกรมการแพทย์. 44(5): 70-74.

เมตตา สุทธิพรไพศาลกุล กิตติพร เนาว์สุวรรณ อัจฉรา คำมะทิตย์ นภชา สิงห์วีรธรรม และมลฤดี วรรณพนม. (2566). **ประสิทธิผลการใช้โปรแกรม Thabo Crown Prince hospital Emergency Severity**

index (TCPH ESI) ในการคัดแยกผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 6(1): 1-9.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). **คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.** กำหนดฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. นนทบุรี:สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สภาการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

Bloom, B.S. (1976). Human Characteristic and School Learning. New York : McGraw –Hill.

Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., & Rosenau, A. M. (2011). **Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition.** Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Received: 6 Dec 2023; **Revised:** 20 Dec 2023
Accepted: 27 Dec 2023

ผลของการให้ความรู้ตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ อำเภอขุนตาล

ประภัสสร กาวิโล[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ อำเภอขุนตาล กลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุ อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย ที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันวัณโรค และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ 30 คนต่อกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันวัณโรคจำนวน 4 กิจกรรม เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ.2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square, Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้การป้องกันวัณโรคปอด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และด้านพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอด (P-value= 0.008, 0.001, 0.024 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : ผลของการให้ความรู้, การป้องกันวัณโรค, ผู้สูงอายุ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขุนตาล อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย
E-mail: pkitpat@gmail.com

Effects of education according to the tuberculosis prevention health promotion program for Aging Khuntan District

Prapatsorn Kawilo[1]

Abstract

This Quasi experimental research aimed to study the Effects of education according to the tuberculosis prevention and health promotion program among Aging in Khuntan District. The sample size was aging who received education according to the tuberculosis prevention and health promotion program and control group was received routine activities health education (30 persons/group). The intervention used in the study was education according to the tuberculosis prevention and health promotion program composed of 4 activities. Data was collected by questionnaire during October – December, 2023 and data analyzed used statistic as, Chi-square test, independent t-test. The result of this study reported that, comparison between before and after in experimental group, the factors significantly increased mean score including, knowledge' tuberculosis prevention, self-efficacy, and behavior of tuberculosis prevention, (P-value= 0.008, 0.001, 0.024), respectively.

Keywords : Effects of education, Tuberculosis prevention, Aging

[1] Registered Nurse, Professional Level. Khuntan Hospital Khuntan District Chiangrai Province, E-mail: pkitpat@gmail.com

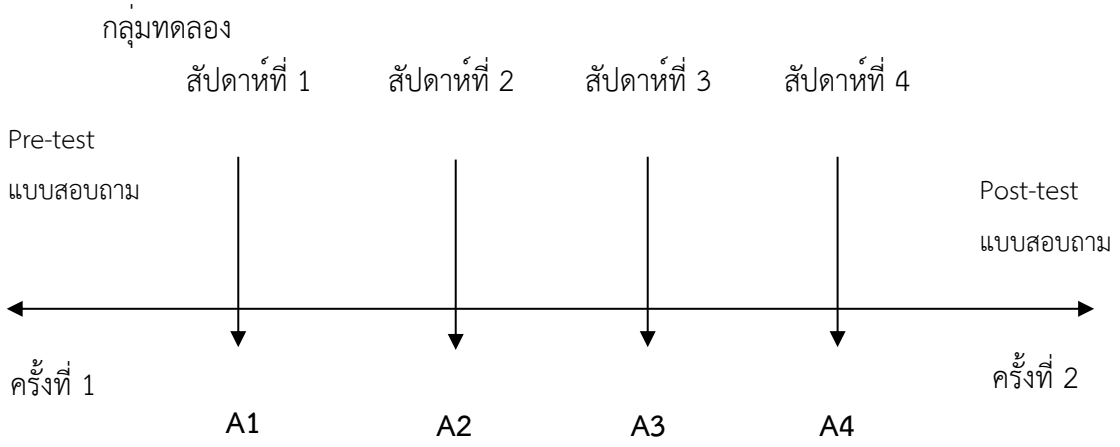
บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติปัญหาวัณโรคโดยมีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์ วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค โดยเน้นดำเนินการในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงกลุ่มเปราะบางซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2566) จากการวิเคราะห์สถานการณ์การป่วยด้วยโรควัณโรคของอำเภอขุนตาล 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563-2565) พบว่าอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คิดเป็นร้อยละ 75, 50 และ 85.71 ตามลำดับ และอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คิดเป็นร้อยละ 60, 67.5 และ 56.41 ตามลำดับ อัตราตายของผู้ป่วยวัณโรค (Death rate) ร้อยละ 16.67 ในปี ๒๕๖๖ ซึ่งเป้าหมายต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 (โรงพยาบาลขุนตาล, 2565) เมื่อวิเคราะห์สถิติข้อมูลดังกล่าวพบว่าอัตราการตายที่สูงมาก มาจากการที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่สูงอายุ มีโรคประจำตัวร่วมด้วย อีกทั้งการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง รับประทานยาหลายเม็ด เกิดผลข้างเคียงจากยา จึงทำให้ไม่อยากรับประทานยา ประกอบกับญาติผู้ดูแลไม่อยากขัดใจผู้ป่วยจึงไม่ได้เห็นความตระหนักในการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจึงปล่อยปะละเลยให้ผู้สูงอายุทำตามใจตนเองและยังคิดว่าผู้ป่วยอายุมากแล้วหากเสียชีวิตก็ไม่เป็นไร ไม่ต้องเป็นภาระในการดูแลนานๆ จึงเป็นอีกส่วนประกอบหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ในการป้องกันตนเอง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการสวมใส่หน้ากากอนามัยป้องกัน ยังไม่มีการปฏิบัติตัวที่เคร่งครัด มีการสวมใส่บ้าง ไม่สวมใส่บ้าง เนื่องจากรู้สึกอึดอัด หายใจไม่ออก ดังนั้นจึงเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคที่สูงอายุนั้นเสียชีวิตอีกด้วย การดูแลรักษาป้องกันแต่เพียงในโรงพยาบาลเท่านั้น หรือดูแลในช่วงที่เจ็บป่วยยังไม่เพียงพอที่จะช่วยป้องกันการเกิดวัณโรค หากรอให้ป่วยก็จะมีคนป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษาที่เพิ่มมากขึ้นตามมา ถือเป็นภาระอีกอย่างหนึ่งของโรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการป้องกันในเชิงรุกร่วมด้วยเพื่อส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดโรค โดยเฉพาะการเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงอีกกลุ่มหนึ่งที่ควรดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของแบนดูร่า (Bandura, 1981) นำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมาประยุกต์ใช้ มีการสร้างแรงจูงใจซึ่งจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น รวมถึงการมีความสามารถควบคุมป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยเป็นวัณโรค หากป่วยเป็นวัณโรคจะลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ชุมชน รวมทั้งลดอัตราการตายด้วยโรควัณโรคในผู้สูงอายุได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ อำเภอขุนตาล

กรอบแนวคิดวิจัย



กิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันวัณโรค ทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 1- 2 ชั่วโมง โดยนัดห่างกันทุกสัปดาห์ ซึ่งรายละเอียดกิจกรรมแต่ละครั้ง มีดังนี้

A1 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค

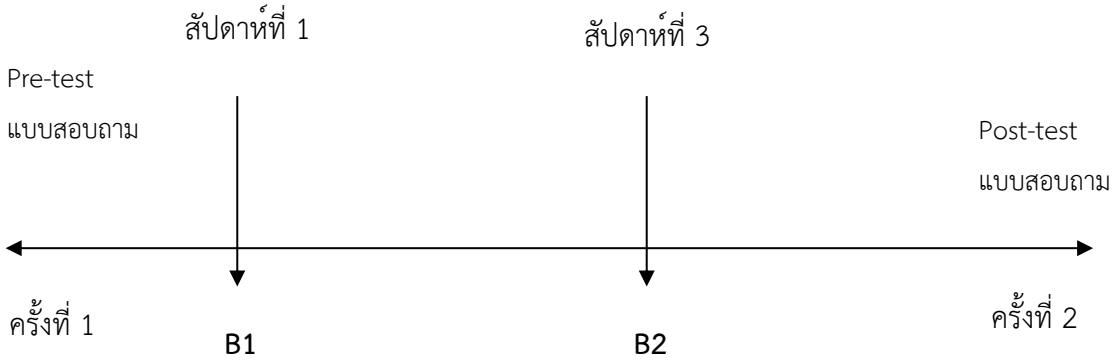
A2 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

A3 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 3 การสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันการเกิดวัณโรค

A4 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 4 การติดตามและประเมินผล

ประเมินแบบสอบถามครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน

กลุ่มควบคุม ดำเนินกิจกรรมตามปกติของโรงเรียนผู้สูงอายุ เดือนละ 1-2 ครั้ง ประเมินแบบสอบถามครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน



B1 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 1 การให้ความรู้เรื่องต่างๆ เช่น การดูแลสุขภาพ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

B2 หมายถึง กิจกรรมครั้งที่ 2 การฝึกปฏิบัติการทำบายศรี การทำกระทง เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ระยะเวลาในการทำวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน – ธันวาคม พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยางฮอม จังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ.2566 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุที่เป็นวัณโรคที่รักษาในช่วงเดือนแรกของการรับประทานยา อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีคุณลักษณะเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้ จำนวน 60 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลโดยใช้โโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันวัณโรคและกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอด จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติเลย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอด ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก 14 ข้อและด้านลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติเลย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันวัณโรคกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันวัณโรค ทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 1- 2 ชั่วโมง โดยนัดห่างกันทุกสัปดาห์ ซึ่งรายละเอียดกิจกรรมแต่ละครั้ง มีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้ข้อมูลความรู้จากสื่อ การถามตอบ การสังเกต รวมถึงการเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสำคัญของวัณโรคปอด

กิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม ให้บุคคลต้นแบบเล่าประสบการณ์การป่วยด้วยวัณโรค การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูล การสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การสร้างแรงจูงใจ ตลอดจนการถามตอบเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามีอะไรบ้างที่ทำให้ป้องกันวัณโรคได้

กิจกรรมครั้งที่ 3 การสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันการเกิดวัณโรค เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัย การไอจามที่ถูกวิธี การล้างมือ พร้อมทั้งสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสังเกต ตลอดจนการถามตอบเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันการเกิดวัณโรคในชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งมอบหมายการบ้านโดยให้จับคู่กันเพื่อสรุปข้อมูลในการ

ร่วมกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา รวมทั้งสรุปความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันวัณโรค และนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 4 การติดตามและประเมินผล โดยการใช้กระบวนการกลุ่มบำบัด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบ้านในกิจกรรมครั้งก่อน การถามตอบและสรุปข้อมูลความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันวัณโรค รวมถึงการสังเกตพฤติกรรม

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (IOC) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.827

สถิติวิเคราะห์

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว
2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่องเพศและอายุ เพื่อแสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณีที่ไม่แตกต่างกัน โดยใช้ Chi-square test

2.2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอด โดยใช้สถิติ Independent t-test ใช้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขเอกสารรับรอง CRPPHO 135/2566 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 เพื่อพิจารณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (70%) อายุระหว่าง 64-74 ปี (53.4%) สถานภาพสมรส (63.3%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (86.7%) อาชีพเกษตรกร (66.7%) และมีโรคประจำตัว (70%) ตามลำดับ กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (83.3%) อายุระหว่าง 64-74 ปี (73.3%) สถานภาพสมรส (73.3%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (80%) อาชีพเกษตรกร (50%) และมีโรคประจำตัว (63.3%) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอขุนตาลจังหวัดเชียงราย

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					1.491	0.222
ชาย	9	30.00	5	16.70		
หญิง	21	70.00	25	83.30		
อายุ					2.881	0.237
60-63 ปี	7	23.30	5	16.70		
64-74 ปี	16	53.40	22	73.30		
75 ปีขึ้นไป	7	23.30	3	10.00		
สถานภาพสมรส					0.912	0.634
โสด	3	10.00	3	10.00		
คู่/สมรส/อยู่ด้วยกัน	19	63.30	22	73.30		
หม้าย/หย่า/แยกกัน	8	26.70	5	16.70		
การศึกษาสูงสุด					1.223	0.748
ประถมศึกษา	26	86.70	24	80.00		
มัธยมศึกษา	3	10.00	4	13.40		
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	1	3.30	1	3.30		
สูงกว่าปริญญาตรี	0		1	3.30		
อาชีพ					6.286	0.179
ข้าราชการบำนาญ	1	3.30	1	3.30		
ค้าขาย	4	13.30	2	6.70		
รับจ้าง	2	6.70	1	3.30		
เกษตรกร	20	66.70	15	50.00		

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	10.00	11	36.70		
โรคประจำตัว					0.300	0.584
ไม่มีโรคประจำตัว	9	30.00	11	36.70		
มีโรคประจำตัว	21	70.00	19	63.30		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ (P-value=0.395 , P-value = 0.429) ตามลำดับ แต่ความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.027)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอดของกลุ่มผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
		Mean	S.D.	F	P-value	Mean	S.D.	F	P-value
ความรู้				**5.175**	**0.027**			**7.809**	**0.007**
กลุ่มทดลอง	30	14.97	1.189			15.63	0.615		
กลุ่มควบคุม	30	14.37	1.847			14.37	1.129		
การรับรู้ความสามารถตนเอง				**0.736**	**0.395**			**0.544**	**0.464**
กลุ่มทดลอง	30	4.43	0.599			4.84	0.259		
กลุ่มควบคุม	30	3.86	0.595			4.74	0.287		
พฤติกรรมสุขภาพ				**0.634**	**0.429**			**3.994**	**0.009**
กลุ่มทดลอง	30	4.37	0.553			4.61	0.160		
กลุ่มควบคุม	30	3.84	0.552			4.60	0.261		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่า ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.008) (P-value=0.001) ตามลำดับ และพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.024)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
4.ความรู้	14.97	1.189	15.63	0.615	-2.729	58	0.008	-1.156-(-0.178)
5.การรับรู้ความสามารถตนเอง	4.436	0.599	4.846	0.259	-3.436	58	0.001	-0.648-(-0.171)
6.พฤติกรรมสุขภาพ	4.375	0.553	4.618	0.160	-2.318	58	0.024	-0.454-(-0.033)

การอภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอดของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.008) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้ความเข้าใจเป็นความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter (1991) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2566) พบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (Cognitive skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.271, P-value<0.001) และผลจากโปรแกรมกิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้ข้อมูลความรู้จากสื่อ การถามตอบ การสังเกต รวมถึงการเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสำคัญของวัณโรคปอดนั้น สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกพันธ์ คำภีระ และคณะ (2564) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ปอด คือด้านความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด และความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด (r =0.195, P-value=0.01)

การรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (P-value=0.001) สามารถอธิบายเหตุผลตามทฤษฎีของแบนดูราได้ว่า ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จที่ทำให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองจำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จพร้อมๆ กับการทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้เช่นนั้น (Bandura, 1981) และผลจากโปรแกรมกิจกรรมครั้งที่ 2 การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม ให้บุคคลต้นแบบเล่าประสบการณ์การป่วยด้วยวัณโรค การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูล การสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การสร้างแรงจูงใจ ตลอดจนการถามตอบเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามีอะไรบ้างที่ทำให้ป้องกันวัณโรคได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฐิติมา ถมทอง (2564) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคนั้นจะต้องมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรควัณโรคจึงจะสามารถทำให้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคได้ (P-value=0.01)

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (P-value=0.024) สามารถอธิบายเหตุผลตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกันกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Bandura, 1986) จากโปรแกรมกิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นการสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ ป้องกันการเกิดวัณโรค เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัย การไอจามที่ถูกวิธี การล้างมือ พร้อมทั้งสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสังเกต ตลอดจนการถามตอบเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันการเกิดวัณโรคในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฐิติมา ถมทอง (2564) พบว่าพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.8

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. การนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันวัณโรค ไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลอื่นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมวัณโรค

2. การพัฒนาระบบคัดกรองในชุมชนโดยการเอกซเรย์ปอด ปีละ 1 ครั้ง ในบุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัว และเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป ตามแนวทางหรือตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องคัดกรองตามเป้าหมายให้ได้ร้อยละ 90 เพื่อตอบสนองนโยบายของผู้บริหารและตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายให้มีการค้นหาในกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2566). **แนวทางการสอบสวนควบคุมวัณโรค**. (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

ฐิติมา ถมทอง. (2564). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร.

โรงพยาบาลขุนตาล. (2565). **สรุปผลการดำเนินงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมปีงบประมาณ 2565**. เอกสารอัดสำเนา. จังหวัดเชียงราย.

อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2566) **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มพฤตพลัง จังหวัดนครปฐม.** วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น. 4(2): 1-12.

เอกพันธ์ คำภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และอะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2564).**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน.** พยาบาลสาร. 48(1): 174-186.

Bandura, Albert. And Schunk, D. H. (1981). **Cultivating competence self-efficacy and intrinsic interest throung proximal self-motivation.** Journal of Personality and Social Psychology.

Bandura, Albert. (1986). **SOCIAL FOUNDATIONS OF THOUGHT AND ACTION: A SOCIAL COGNITIVE THEORY.** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Green, L. W. and Kreuter, M. W. (1991). **Health promotion plaining: and environmentalapproach.** Toronto: Mayfied Publishing.

Journal of Science and Technology Northern

Received: 7 Dec 2023; **Revised:** 21 Dec 2023

Accepted: 28 Dec 2023

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

วิชิต นาคเหล็ก[1]

บทคัดย่อ

การควบคุมระดับความดันโลหิตช่วยลดความเสี่ยงการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรายชื่อผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 459 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของแดเนียล เท่ากับ 220 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ ระดับความดันโลหิต แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.874 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์ การเยี่ยมบ้าน การติดตามประเมินผล การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย การไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์ (P-value=0.008) การเยี่ยมบ้าน (P-value=0.002) การติดตามประเมินผล (P-value=0.018) การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (P-value=0.034) ตามลำดับ ปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมระดับความดันโลหิต สามารถทำนายได้ถูกต้อง ร้อยละ 18.4 (R^2 =0.184)

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, ระดับความดันโลหิต

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์,

E-mail: afarandaway@hotmail.com

Abstract

Blood pressure level controlling can decrease mortality from hypertension disease for example, STROKE. Cross-sectional research aimed to study factors effecting to blood pressure level control among hypertension patient which registered at ChaiJumPhon Sub-District Health Promoting Hospital, Laplae District, Uttaradit Province. Population consisted 459 diagnosed hypertension patients and the sample size calculating used Daniel formula for 220 cases. Systematic random sampling was determined for collecting data by questionnaires including, characteristics, health behavior, accessibility of health service system, health perception, blood pressure level and testing reliability about 0.874. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis. The result showed that the factors were positively association with blood pressure level controlling with statistic significant level 0.05 include; emotional management, no smoking and no alcohol drinking, home care visiting, monitoring and evaluation, risk perceived, respectively. Factors effecting to blood pressure level control among hypertension patient include; no smoking and no alcohol drinking (P-value = 0.008), home care visiting (P-value = 0.002), monitoring and evaluation (P-value = 0.018), risk perceived (P-value = 0.034), respectively. Prediction model analysis reported that four factors can predicted 18.4% of blood pressure level control (R^2 = 0.184).

Keywords: Hypertension, Blood pressure level

Public Health Technical Officer, Professional Level, Chaijumphon Sub-district Health Promoting Hospital, Lablae District, UTTARADIT Province, E-mail: afarandaway@hotmail.com

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด องค์การอนามัยโลกระบุว่าถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูงจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่าและความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ คาดว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ.2025) จะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก เพิ่มขึ้นถึง 1.6 พันล้านคน สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยในการดำเนินชีวิต เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่นำมาสู่ภาระโรคที่เพิ่มขึ้น เป็นการเตือนว่าโรคความดันโลหิตสูงกำลังเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้คนทั่วโลกรวมถึงคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา[1] สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า พ.ศ.2560–2565 อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากอัตราป่วย 12,070 ต่อประชากร 100,000 คน (จำนวน 5,592,957 คน) เพิ่มขึ้นเป็น 15,110 (จำนวน 6,846,930 คน) ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในรอบ 5 ปี (พ.ศ.2560–2565) เพิ่มขึ้นจาก 2.90 ต่อพันประชากร (จำนวน 134,414 คน) เป็น 3.79 ต่อพันประชากร (จำนวน 171,627 คน) ตามลำดับ[2]

ตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ มีประชากร 8,739 คน พบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ระหว่างปี พ.ศ.2560–2564 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 20,632, 21,862, 21,719, 20,371 และ 21,616 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงระหว่างปี พ.ศ.2560–2564 คิดเป็นร้อยละ 0.13, 0.78, 0.20, 0.19 และ 0.21 ตามลำดับ ในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ.2565 พบปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) การผิดนัดพบแพทย์ (3.42%) 2) การขาดยา/รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (2.60%) สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการขาดยา ประกอบด้วย 1) การไปทำงานต่างจังหวัด 2) การเดินทางมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงมีความยากลำบาก และ 3) ภาระค่าใช้จ่ายค่ายาโรคความดันโลหิตสูง[3]

เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการควบคุมระดับความโลหิต โดยควบคุมระดับความดันโลหิตซิสโตลิค ให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิค ให้ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท[4] และเป้าหมายระยะยาวคือ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายคือ ความร่วมมือในการ

รักษาโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รสชาติเค็ม ขาดการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การไม่ควบคุมน้ำหนัก การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[5] จากข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ และกลวิธีการดำเนินงานดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) พฤติกรรมสุขภาพ 3) การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ 4) การรับรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนผู้รับบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 459 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาคือ เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ 2566 มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อย่างน้อย 1 ปี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงตอบคำถามแบบสอบถามสามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel[6] กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน

220 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักของครอบครัว

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์ การมาพบแพทย์ตามนัด การทานยา ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย โครงสร้างกลไกการทำงาน ระบบข้อมูลสารสนเทศ การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การเยี่ยมบ้าน การติดตามประเมินผล การให้สุขศึกษา ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคความดันโลหิต การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคความดันโลหิต ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John[7] แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66 คะแนน)

ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีผลตรวจยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1= ควบคุมความดันโลหิตได้ (น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท)

0= ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค[8] เท่ากับ 0.874

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน Pearson's Product Moment correlation coefficient และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) และค่า P-value ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (69.55%) รองลงมาคือเพศชาย (30.45%) มีช่วงอายุระหว่าง 40–64 ปี ปี (55.91%) เกือบครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (42.27%) โดยมีอายุเฉลี่ย 64.12 ปี ($\bar{X}$=64.12, S.D.=11.023, Max=92, Min=36) มีสถานภาพคู่/สมรสและอยู่ด้วยกัน (65.91%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (85%) มีเพียงร้อยละ 2.27 ที่ไม่ได้ศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายทั่วไป (28.18%) รองลงมาคือเป็นเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่)(27.27%) สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีรายได้อยู่ระหว่าง 2,500-10,000 บาท (67.73%) มีเพียงร้อยละ 12.73 ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ($\bar{X}$=8,695.85, S.D.=10.945.869, Max=99,000, Min=800) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี (41.82%) และมีผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (25.45%) ($\bar{X}$=9.01, S.D.= 8.455, Max=48, Min=1) ผู้ป่วยมีสิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาลประเภทบัตรสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล (บัตรทอง) (56.36%) รองลงมาคือ บัตรผู้สูงอายุ (34.09%) มีเพียงร้อยละ 1.82 ที่ใช้สิทธิ์บัตรประกันสังคม สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลักคือ สามีและ/หรือภรรยา (50.45%) รองลงมาคือ บุตรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (35.02%) และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีผู้ดูแล (อยู่คนเดียว) (12.73%) ประวัติของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (57.73%) ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับการปฏิบัติในระดับปานกลาง (94.09%) ($\bar{X}$=3.28, S.D. =0.234) การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (98.18%) ($\bar{X}$=4.32, S.D. =0.371) การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (99.55%) ($\bar{X}$=4.35, S.D. =0.385) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ (n=220)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมสุขภาพ	**12**	**5.45**	**207**	**94.09**	**1**	**0.45**	**3.28**	**0.234**
1. การรับประทานอาหาร	22	10.00	193	87.73	5	2.27	3.18	0.380
2. การออกกำลังกาย	38	17.27	119	54.09	63	28.64	2.83	0.826
3. การจัดการความเครียด	1	0.45	200	90.91	19	8.64	2.85	0.382
4. การไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์	209	95.00	9	4.09	2	0.91	4.61	0.491
5. การพบแพทย์ตามนัด	200	90.91	17	7.73	3	1.36	4.07	0.545
6. การทานยา	5	2.27	131	59.55	84	38.18	2.39	0.438
การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	**216**	**98.18**	**4**	**1.82**	**-**	**-**	**4.32**	**0.371**
1. โครงสร้างกลไกการทำงาน	216	98.18	3	1.36	1	0.45	4.50	0.519
2. ระบบข้อมูลสารสนเทศ	197	89.55	22	10.00	1	0.45	4.22	0.525
3. การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน	159	72.27	61	27.73	-	-	4.06	0.517
4. การเยี่ยมบ้าน	213	96.82	7	3.18	-	-	4.23	0.451
5. การติดตามประเมินผล	217	98.64	3	1.36	-	-	4.46	0.492

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
6. การให้สุขศึกษา	213	96.82	7	3.18	-	-	4.45	0.507
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**219**	**99.55**	**1**	**0.45**	**-**	**-**	**4.35**	**0.385**
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	100	45.45	120	54.55	-	-	3.75	0.446
2. การรับรู้ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง	51	23.18	168	76.36	1	0.45	3.55	0.433
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	176	80.00	44	20.00	-	-	4.00	0.404
4. การรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	34	15.45	181	82.27	5	2.27	3.17	0.522

ผลการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่า BP=130/80 mmHg) (73.18%) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่า BP>140/90 mmHg) (26.82%) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ (n=220)

การควบคุม ระดับความดันโลหิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ควบคุมระดับความดันโลหิตได้	161	73.18
2. ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	59	26.82

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การจัดการความเครียด (r=0.149, P-value=0.027)การไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์ (r=0.141, P-value=0.020) การเยี่ยมบ้าน (r=0.131, P-value=0.049) การติดตามประเมินผล (r=0.136, P-value=0.055) การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (r=0.139, P-value=0.039) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ และการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ตัวแปรอิสระ	การควบคุมระดับความดันโลหิต		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(r)	P-value	ความสัมพันธ์
พฤติกรรมสุขภาพ	**0.127**	**0.043**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
การจัดการความเครียด	0.149	0.027	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์	0.141	0.020	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	**0.134**	**0.046**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
การเยี่ยมบ้าน	0.131	0.049	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การติดตามประเมินผล	0.136	0.045	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**0.136**	**0.035**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	0.139	0.039	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย การไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์ (P-value=0.008) การเยี่ยมบ้าน (P-value=0.002) การติดตามประเมินผล (P-value=0.018) การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (P-value=0.034) ตามลำดับ ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว

สามารถทำนายการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้ถูกต้องร้อยละ 18.4 (R^2 =0.184) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
1. การไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์	7.316	2.739	0.177	2.671	0.008
2. การเยี่ยมบ้าน	22.237	7.046	0.229	3.156	0.002
3. การติดตามประเมินผล	11.084	4.639	-0.173	-2.389	0.018
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	3.200	1.498	-0.142	-2.136	0.034
Constant	81.506	21.168	-	3.851	0.000
ค่าคงที่ =81.506, F =4.919, P-value<0.001, R =0.290, R^2 =0.184					

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ สามารถทำนายได้ถูกต้อง (P-value<0.001) ได้ร้อยละ 18.4 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายผลได้ ประกอบด้วย การไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์ (P-value=0.008) การเยี่ยมบ้าน (P-value=0.002) การติดตามประเมินผล (P-value=0.018) การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (P-value=0.034) โดยเขียนเป็นสมการทำนายผลได้ดังนี้

การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง = 81.506+ [7.316* การไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์]+ [22.237* การเยี่ยมบ้าน] + [11.084* การติดตามประเมินผล] + [3.200* การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง]

การไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.008) เนื่องจากการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้าเบียร์ ยาดองเหล้า และการใช้ยากดหรือกระตุ้นประสาท เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพของโอเร็ม (Orem)[9] การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีและมีความสุขจะต้องใช้ความสามารถในการดูแล

ตนเอง การหลีกเลี่ยงอบายมุขและสิ่งเสพติดเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤมล โชว์สูงเนิน[10] พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของคนวัยแรงงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดจำพวกเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เครื่องดื่มชูกำลังและกาแฟ

การเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.002) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การเยี่ยมบ้านเป็นกลวิธีหนึ่งที่ช่วยในการดูแลการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ในการตัดสินใจกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลรักษาเพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้องเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ปริมาณงานและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านปกติจะกระทำอย่างน้อยปีละครั้งต่อครอบครัว[11] จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับการเยี่ยมบ้านที่ได้รับอยู่ในระดับสูง (96.82%) เนื่องจากทีมสุขภาพที่ออกปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นทีมสหวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการปรึกษาปัญหาด้านอาการของโรค ความดันโลหิตสูงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับทีมสุขภาพได้อย่างมั่นใจ ($\bar{X}$=4.25, S.D. =0.486) เพราะทีมสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุขที่มาเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ($\bar{X}$=4.25, S.D.=481) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤมล โชว์สูงเนิน[10] พบว่า กระบวนการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของประชาชนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงผ่านหอกระจายข่าว

การติดตามประเมินผลมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.018) เนื่องจากการติดตามและประเมินผลการรักษาของบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพลจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและบุคลากรสาธารณสุข ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและการให้สุขศึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข การพบเห็นหรือมีประสบการณ์ตรงจากการป่วยด้วยตนเองเป็นเวลานาน การได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเองกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคนอื่นๆ ในขณะที่มารับบริการที่คลินิกโรค

ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยจุมพล จึงทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งรูปแบบการติดตามและประเมินผลการรักษาของบุคลากรในคลินิกโรคเบาหวานจะเน้นการให้บริการเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.034) เนื่องจากการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆจะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค[12] การรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเจ็บเป็นโรคต่างๆ ด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและมีการรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker[13] ที่กล่าวว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อเป็นการป้องกันและฟื้นฟูสภาพตราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีค่าเชิงบวก มากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น บุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตนและจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นการคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆจะทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรค ด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเอง

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (98.18%) โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้าน และการติดตามประเมินผลของทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชัยจุมพลจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชัยจุมพล ควรมีการจัด

กิจกรรมเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัว และแกนนำในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

World Health Organization. (2011). **Global status report on non-communicable diseases 2010.** Geneva: World Health Organization, 2011.

กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). **แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2560-2564.** http://www.thaincd.com.

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). **Health data center.** https://www.hdc.moph.go.th., 2566.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). **คู่มือการรักษาตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.** กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554).**ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

Daniel W. W. (2010). **Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences.** (9thed). New York: John Wiley & Sons.

Best, John W. (1977). **Research is Evaluation.** (3rded). Englewod cliffs: N.J. Prentice Hall.

Cronbach. (1997). **Essentials of Psychological Testing.** New york: Harper and Row.

Orem, D. E. (1995). **Nursing: Concepts of practice (4th ed.).** St. Louis: Mosby Year Book.

นฤมล โชว์สูงเนิน. (2560). **การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสุขภาพภาคประชาชน.** 12(1): 9-16.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). **คู่มือการรักษาตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.** กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

Rosenstock, I. M. (1974).**History origins of the health belief model.** In H. B. Marshel, The health belief model and personal behavior. New Jersey: Charles B. Slack.

Becker, M. H. (1974). **The Heakth Belief Model and Personal Health Behavior.** New Jersey: Charles B. Slack.

Received: 7 Dec 2023; **Revised:** 21 Dec 2023
Accepted: 28 Dec 2023

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

สุเปรม หนูเมือง[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 248 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรู้ใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขและพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79, 0.83 , 0.78, 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.6 มีอายุเฉลี่ย 42.01±9.66 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.0 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 10.76 ±11.01 ปี มีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย ได้ทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ($p < 0.001$, $\beta = 0.519$) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ($p < 0.001$, $\beta = 0.483$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ($p< 0.001$, $\beta = 0.424$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรได้ร้อยละ 42.8 ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความเหมาะสมกับการบริหารจัดการทรัพยากรของเครือข่ายสุขภาพอำเภอละหน่วยบริการสาธารณสุข

คำสำคัญ: การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ, พฤติกรรม, บุคลากร

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย E-mail : suprammai@gmail.com

Factors Affecting Infectious Waste Management Behavior of Health Service Network Personnel Mueang Sukhothai District, Sukhothai Province.

Supram Numuang[1]

Abstract

A cross-sectional descriptive research the objective is to study the Factors Affecting Infectious Waste Management Behavior of Health Service Network Personnel Mueang Sukhothai District, Sukhothai Province. Sample group of 248 people using purposive sampling. The instrument used in the research was a knowledge questionnaire using the KR-20 with a reliability of 0.78. The reliability of the attitude questionnaire was 0.78. Perception of the risk of disease Motivation in the performance of public health personnel and behavior in managing infectious waste. Cronbach's alpha coefficient was used. Reliability values were obtained at 0.79, 0.83, 0.78, 0.85 and 0.89 respectively. Statistics used in data analysis were multiple linear regression analysis.

The results of the study found that the sample group was 81.0% female, 55.6% were in married status. Their average age was 42.01±9.66 years, 56.0% graduated with a bachelor's degree, had an average of 10.76±11.01 years of experience working with infectious waste, and had a high level of infectious waste management behavior, 89.5%. Factors affecting behavior Manage infectious waste of Mueang Sukhothai District Health Service Network personnel. A total of 3 variables were obtained: attitude about infectious waste management ($p < 0.001$, $\beta = 0.519$), knowledge about infectious waste management ($p < 0.001$, $\beta = 0.483$), perception of risk of disease from Infectious waste ($p < 0.001$, $\beta = 0.424$). Together they were able to predict the infectious waste management behavior of personnel at 42.8%. The results of the study can be used in infectious waste management and creating work procedures. Concerning the management of infectious waste to be appropriate for the resource management of the district health network and public health service unit. Keyword Infectious Waste Management, Behavior, Personnel.

Keywords : Social Support, Family, Psychiatric Patients

[1] Public Health Technical Officer (**PROFESSIONAL** Level), Sukhothai hospital, Mueang Sukhothai District, Sukhothai Province.

E-mail : suprammai@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชน จำนวนมากกว่า 39,406 แห่ง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) สถานพยาบาลดังกล่าว มีการผลิตของเสียทั้งที่เป็นมูลฝอยทั่วไป และมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก มูลฝอยจากสถานพยาบาลเหล่านี้จัดเป็นของเสียอันตรายเนื่องจากมีทั้งมูลฝอยติดเชื้อที่สามารถแพร่เชื้อโรคได้ รวมทั้งของเสียที่ปนเปื้อนด้วยสารกัมมันตภาพรังสี ยาเสื่อมสภาพ สารเคมีอันตราย ของมีคม ซากสัตว์ทดลอง ฯลฯ โดยที่สถานพยาบาลส่วนใหญ่ในปัจจุบันยังดำเนินการคัดแยก รวบรวม ขนส่ง และการกำจัดด้วยวิธีการที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และไม่มีประสิทธิภาพ มูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาลดังกล่าว จึงได้ถูกทิ้งออกสู่สิ่งแวดล้อมปะปนร่วมกับมูลฝอยทั่วไปของชุมชนเพิ่มมากขึ้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายของเชื้อโรค ซึ่งมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการเก็บ ขน หรือทำงานในสถานที่ที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ทำให้มีโอกาสที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคระบบทางเดินหายใจ โรคพยาธิ หรือแม้แต่การติดเชื้อโรคเอดส์ รวมทั้งการเกิดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อโรค ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อมในเขตเมืองทั่วไป

ประเทศไทยได้มีนโยบายขยายสถานบริการด้านสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวก และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ประชาชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เกิดจากนโยบายของรัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มจากโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ในปี พ.ศ. 2544 จัดเป็นหนึ่งในสามกลุ่มสัญญาในการให้บริการสุขภาพ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิ (Primary Care) อันเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพเป็นการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับระบบโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชน ในการดูแลตนเองได้ ในยามเจ็บป่วย รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพตนเอง เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีต่อไป ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากหน่วยบริการสาธารณสุขนับวันจะมีปริมาณมากขึ้นเนื่องจากมีการพัฒนาศักยภาพในด้านการให้บริการด้านการแพทย์แก่ประชาชนที่มาใช้บริการมากยิ่งขึ้น มีบุคลากรซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล มาให้การรักษาเป็นประจำหรือครั้งคราว มีการเพิ่มให้บริการคลินิกแก่ผู้ป่วยเรื้อรังในสถานบริการสาธารณสุข ด้วยเหตุดังกล่าวจึงส่งผลให้มีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ประเภทใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง เช่น ใบมีด เข็มฉีดยา ถุงมือ และอื่น ๆ

มากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันและลดการติดเชื้อจากมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงจำเป็นที่จะต้องวางมาตรการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดแยก การรวบรวม การขนส่ง การทำลายเชื้อ และการกำจัด เพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นความสำคัญอันดับแรกของการบรรลุเป้าหมายของการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในประเทศไทย ได้ถูกกำหนดให้ดำเนินการภายใต้กฎกระทรวง สาธารณสุขว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 และแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ.2559-2564) ที่กำหนดเป้าหมายไว้ว่า มูลฝอยติดเชื้อจะต้องได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ร้อยละ 100 ของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น (สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษ, 2562) ภายในปี 2563 โดยใช้มาตรการการเพิ่มศักยภาพการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย มีแนวทางปฏิบัติหลักคือเพิ่มศักยภาพการกำจัดและใช้ประโยชน์ขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย ด้วยการจัดตั้งศูนย์จัดมูลฝอยติดเชื้อและส่งเสริมการคัดแยกเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุข ห้องปฏิบัติการติดเชื้อ และส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง ดังนั้น สถานบริการด้านสาธารณสุขทุกแห่ง จึงต้องมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นหน่วยบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อในปริมาณมาก หากมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของบุคลากรในโรงพยาบาลและผู้มาใช้บริการ รวมถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของคนในชุมชนในวงกว้าง การให้บริการของโรงพยาบาลในแต่ละวัน เป็นแหล่งกำเนิดของมูลฝอยติดเชื้อ เช่น สำลีเช็ดแผล เข็มฉีดยา ผ้าก๊อซ รวมไปถึงของเหลวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการปฐมพยาบาลเป็นจำนวนมาก การดำเนินการในการจัดการกับมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่โรงพยาบาลจะต้องมีการวางแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้เป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 ที่ได้กำหนดให้มีการบำบัดจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อโรคสู่ภายนอก หนึ่งในวิธีการนั้นคือการใช้วงจรการบริหารงานของเดมมิ่ง หรือที่เรียกว่าวงจรคุณภาพ PDCA ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพ และประสิทธิผลตลอดจนเป็นการดำเนินอย่างมีคุณภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบหลักด้วยกัน 4 ขั้น คือ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุง ตามวงจรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย วางระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกัน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วยโรงพยาบาลสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุโขทัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอ

เมืองสุโขทัย จำนวน 12 แห่ง จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีมูลฝอยติดชื้อที่เพิ่มมากขึ้น โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย ต้องรองรับค่าใช้จ่ายในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในปี 2563-2565 คือ 616,464 บาท 871,400 บาท และ 1,186,736 บาท ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เพื่อเป็นกรณีศึกษาผู้วิจัยจึงเลือกเป็นพื้นที่ศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย โดยจะศึกษาสถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน แนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของทางหน่วยงาน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ให้แก่องค์กรในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานจัดการมูลฝอยอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงเป็นประโยชน์ให้แก่หน่วยงานอื่นนำไปกำหนดนโยบายสนับสนุนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัยเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัยเป็นอย่างไร

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

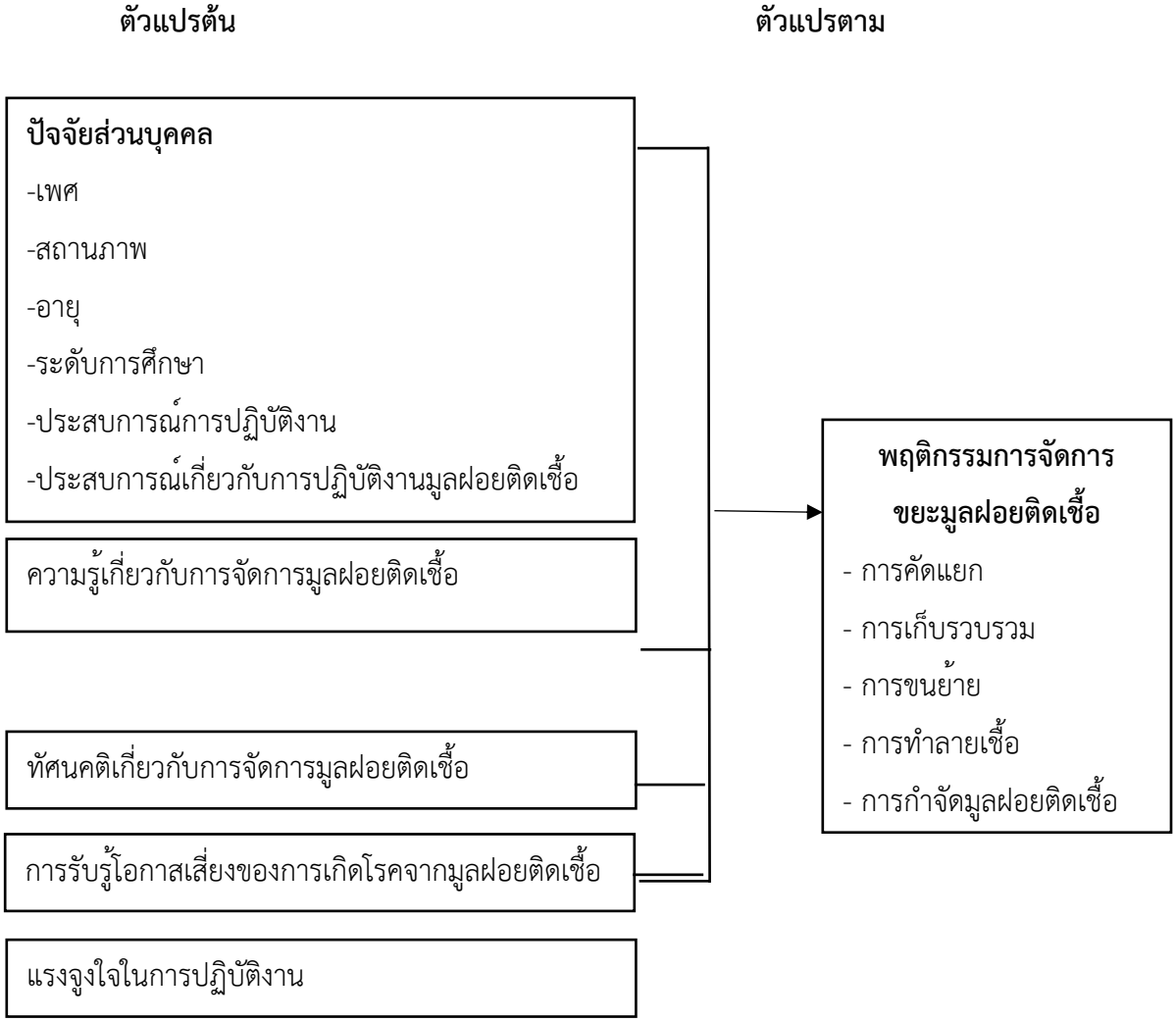
ขอบเขตด้านพื้นที่ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 527 คน ประกอบด้วย โรงพยาบาลสุโขทัย ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พนักงานบริการ แพทย์แผนไทย หมอนวดไทย จำนวน 447 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข พนักงานช่วยเหลือคนไข้ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 80 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566)

ขอบเขตด้านระยะเวลา

- ระยะเวลาที่ศึกษา เดือนสิงหาคม 2566 – เดือนตุลาคม 2566
- ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเดือนกันยายน 2566 – เดือนตุลาคม 2566

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 527 คน ประกอบด้วย โรงพยาบาลสุโขทัย ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ พนักงาน

ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานบริการ แพทย์แผนไทย หมอนวดไทย จำนวน 447 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข พนักงานช่วยเหลือคนไข้ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 80 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยคำนวณจำนวน กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

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

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ให้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

N = ขนาดของประชากร (527คน)

$Z_{1-\alpha/2}$= ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% $Z_{1-\alpha/2}$ = 1.96

σ = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดศรีสะเกษ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 4.83 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.50 (อธิญาภรณ์ นิธิปัญญากุล, 2563)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 10 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังนั้นค่าความคาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.050

Alpha (α) = 0.05

จากสูตร

$$n = \frac{527 \times (0.50^2)(1.96^2)}{[(0.050^2)(527-1)] + [(0.50^2)(1.96^2)]}$$

n = 223 คน

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 223 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น

$n_{adjusted}$ = n/1-r

= 223/1-0.1

= 247.78

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 248 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้วิจัยเป็นผู้พิจารณาผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วย โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 166 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 82 คน รวม 248 คน

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย ปีงบประมาณ 2566

2) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อไม่น้อยกว่า 6 เดือน

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1) กลุ่มตัวอย่างย้ายไปปฏิบัติงานนอกเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย ก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น หรือลาออกจากการเป็นบุคลากรในสังกัดเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย ในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยของ อธิญาภรณ์ นิธิปัญญากุลและคณะ (2563) และประสาท รุจิรัตน์ (2564) โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1975) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ ประสบการณ์การอบรม ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบถูกผิด มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อในแต่ละข้อประกอบด้วย ข้อคำถามให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ กำหนดเกณฑ์คะแนน คือ ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องให้ 0

คะแนน เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนรวมของความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12คะแนนขึ้นไป)
ความรู้ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน)
ความรู้ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 9 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบประกอบด้วยตัวเลือก 5 ระดับ ตามแบบของ Likert Scale คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดคะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนสูงกว่าจะมีทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ดีกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนต่ำกว่า ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมิน (สรรพสิทธิ์ แก้วเฮ้า, 2561) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งการทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5 ต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{5-1}{3}$$

$$= 1.33$$

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 - 3.67 หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 - 5.00 หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบประกอบด้วยตัวเลือก 5 ระดับ ตามแบบของ Likert Scale คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดให้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนสูงกว่าจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อที่ดีกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนต่ำกว่า ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้เกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมูลฝอยติดเชื้อ ออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5 ต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{5-1}{3}$$

$$= 1.33$$

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข

แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เป็นแบบวัดประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและลบ ตามแบบของ Likert Scale กำหนดให้ผู้ตอบ มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดคะแนน 5 4 3 2และ 1 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนสูงกว่าจะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ดีกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนต่ำกว่า ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้เกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งระดับของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5 ต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{5-1}{3}$$

= 1.33

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 - 3.67 หมายถึง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 - 5.00 หมายถึง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยข้อคำถามเป็นลักษณะเชิงบวกและเชิงลบประกอบโดยกำหนดให้ผู้ตอบมีตัวเลือก 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่มีการปฏิบัติเลย ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ดีกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนต่ำกว่า ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการปฏิบัติที่เกี่ยวกับพฤติกรรมมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โดยใช้เกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งการปฏิบัติที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5 ต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{5-1}{3}$$

= 1.33

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 - 3.67 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 - 5.00 หมายถึง พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67 หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ KR20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 แบบสอบถามทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขและพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79, 0.83 , 0.78, 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย สาธารณสุขอำเภอเมืองสุโขทัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองสุโขทัย เพื่อขออนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่

2. ผู้วิจัยประสานกับกลุ่มเป้าหมาย ประชุมชี้แจงและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง

3. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา

4. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัยดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ ประสบการณ์ การอบรมใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่และ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รายข้อ วิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และรายตัวแปรโดยนำมาจัดระดับนำเสนอ จำนวนและร้อยละ

3. การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย COA No.46/2023 IRB No. 43/2023 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2566

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.6 มีอายุเฉลี่ย 42.01±9.66 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 39.9 รองลงมาคืออายุ 30-39 ปี ร้อยละ 25.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.0 ปฏิบัติงานอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 66.9 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 33.1 มีตำแหน่งในการปฏิบัติงานคือ พยาบาลวิชาชีพ/ผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 41.1 รองลงมาคือ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ /พนักงานบริการ/เจ้าพนักงานทันต สาธารณสุข ร้อยละ 35.1 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเฉลี่ย 17.17 ±11.21 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานอยู่ระหว่าง 21 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 10.76 ±11.01 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี เคยอบรมเรื่องการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ร้อยละ 64.9

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 248)

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป)	221	89.1
ความรู้ระดับปานกลาง(9-11 คะแนน)	27	10.9
ความรู้ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 9 คะแนน)	0	0
(Mean = 12.79 S.D. = 1.15, Median = 13.0, Min = 5.0, Max = 15.0)		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.1 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 10.9 มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 12.79 ±1.15 คะแนน (คะแนนเต็ม 15) ต่ำสุด 5 คะแนน สูงสุด 15 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 248)

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติระดับสูง (3.68-5.00 คะแนนขึ้นไป)	119	48.0
ทัศนคติระดับปานกลาง(2.34-3.67 คะแนน)	128	51.6
ทัศนคติระดับต่ำ (ต่ำกว่า 2.34 คะแนน)	1	0.4
(Mean = 2.47 S.D. = 0.51, Median = 2.0, Min = 1.0, Max = 5.0)		

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.6 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 48.0 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 2.47 ±0.51 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) ต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 5 คะแนน

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 248)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับสูง (3.68-5.00 คะแนนขึ้นไป)	221	89.1
การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง(2.34-3.67 คะแนน)	27	10.9
การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับต่ำ (ต่ำกว่า 2.34 คะแนน)	0	0
(Mean = 2.89 S.D. = 0.31, Median = 3.0, Min = 1.0, Max = 5.0)		

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.1 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 10.9 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเฉลี่ย 2.89 ±0.31 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) ต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 5 คะแนน

ส่วนที่ 5 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง (n = 248)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
แรงจูงใจระดับสูง (3.68-5.00 คะแนนขึ้นไป)	132	53.2
แรงจูงใจระดับปานกลาง(2.34-3.67 คะแนน)	110	44.4
แรงจูงใจระดับต่ำ (ต่ำกว่า 2.34 คะแนน)	6	2.4
(Mean = 2.51 S.D. = 0.55, Median = 3.0, Min = 1.0, Max = 5.0)		

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.2 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 44.4 กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 2.51 ±0.55 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) ต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 5 คะแนน

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 248)

พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมระดับสูง (3.68-5.00 คะแนนขึ้นไป)	222	89.5
พฤติกรรมระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	22	8.9
พฤติกรรมระดับต่ำ (ต่ำกว่า 2.34 คะแนน)	4	1.6
(Mean = 2.87 S.D. = 0.37, Median = 3.0, Min = 1.0, Max = 5.0)		

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 8.9 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 2.87 ±0.37 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) ต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 5 คะแนน

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตารางที่ 6 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย (N = 248)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	0.494	0.519	5.284	<0.001
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	0.460	0.483	4.823	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ	0.325	0.424	3.214	<0.001

Constant (a) = 62.654 R Square = 0.428 Adjusted R Square = 0.425 F =27.919 P = <0.05

จากตารางที่ 6 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย ได้ทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ($p < 0.001$, $\beta = 0.519$) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ($p < 0.001$, $\beta = 0.483$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ($p < 0.001$, $\beta = 0.424$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร ได้ร้อยละ 42.8 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร= 62.654 + (0.494)ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ + (0.460)ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ +(0.325)การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 248 คน มีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.5 เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมากที่สุด คือ มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของมีคม เช่น เข็ม ใบมีดออกจากมูลฝอยติดเชื้อชนิดอื่น โดยใส่กระป๋องหรือขวดก่อนนำไปกำจัด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จากการได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ร้อยละ 64.9 สอดคล้องกับงานวิจัยของอธิญาภรณ์ นิธิปัญญากุล และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ รายละเอียดดังนี้

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย พบว่า เมื่อทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรจะเพิ่มขึ้น 0.494 หน่วย เนื่องจากทัศนคติเป็นปัจจัยนำที่ส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้อง หากมีทัศนคติที่ดีในด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจะช่วยให้บุคลากรมีพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามไปด้วย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง รายข้อมากที่สุด คือ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกวิธีจะส่งผลกระทบต่อประชาชนและสิ่งแวดล้อม รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ทุกคนควรมีส่วนรับผิดชอบเกี่ยวกับจัดการมูลฝอยติดเชื้อ สอดคล้องกับงานวิจัยของอธิญาภรณ์ นิธิปัญญากุล และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย พบว่า เมื่อความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรจะเพิ่มขึ้น 0.460 หน่วย ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และสามารถนำความรู้มาปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อภาพรวมอยู่ในระดับสูง เพื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องมากที่สุด คือ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลเป็นการจัดการอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอนตามรูปแบบที่ถูกวิธี ตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ ภาชนะ

มูลฝอยติดเชื้อ ต้องมีข้อความสีดำขนาดที่สามารถอ่านได้ชัดเจนว่า “มูลฝอยติดเชื้อ” “ห้ามเปิด” “ห้ามนำกลับมาใช้อีก” และรูปหัวกะโหลกไขว่คู่กับตราสัญลักษณ์ที่ใช้ระหว่างประเทศ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธงชัย มั่งคน (2559) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรโรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา พบว่า บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับดี เนื่องจากบุคลากรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งเป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกคนต้องปฏิบัติตามหน้าที่ ความรับผิดชอบและต้องปฏิบัติตามแนวทางในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร และความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของศรินทร์ทิพย์ บุญจันทร์และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของแม่บ้านในตำบลบึงพระ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ความรู้เรื่องการคัดแยกมูลฝอยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากความรู้ที่ได้รับไม่ก่อให้เปิดความตระหนักถึงประโยชน์ในการคัดแยกขยะ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย พบว่า เมื่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรจะเพิ่มขึ้น 0.325 หน่วย จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและระมัดระวังตนเองของผู้ปฏิบัติงานในการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานด้านการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อพิจารณารายข้อ มากที่สุด คือ มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน ในหน่วยงานและช่วยแก้ปัญหาอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนร่วมงานได้ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ วริษฐา แสงยางใหญ่และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดขยะครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีผลต่อพฤติกรรมการลดขยะครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชราพร ภู่เอี่ยม (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการของเสียอันตรายในครัวเรือนของประชาชนในตำบลบ้านป้อม อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการของเสียอันตรายในครัวเรือน

ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ ประสบการณ์การอบรม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารมอบนโยบายเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความเหมาะสมกับการบริหารจัดการทรัพยากรของเครือข่ายสุขภาพอำเภอละหน่วยบริการสาธารณสุข

1.2 ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ควรจัดทำโปรแกรมหรือโครงการที่มุ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติ การพัฒนาความรู้ และเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากมูลฝอยติดเชื้อเพื่อให้บุคลากรที่สัมผัสขยะติดเชื้อให้เห็นความสำคัญของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และลดความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยในระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเชิงลึกมากขึ้น

2.2 ควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่มีความเหมาะสมกับบุคลากรในหน่วยบริการและการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่มีความเหมาะสมกับลักษณะของเครือข่ายสุขภาพอำเภอ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง“ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย”เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการพัฒนางานที่มีความสำคัญต่อสิ่งแวดล้อมและคุณภาพของการให้บริการป้องกันโรคที่สำคัญ เนื่องจากในสถานการณ์ปัจจุบันโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัย มีการผลิตมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ทำให้ปริมาณขยะติดเชื้อจากชุมชนจาก Home Isolation, Community Isolation และมาตรการควบคุมดูแลอื่น ๆ ส่งผลให้สถานพยาบาลเพิ่มภาระค่าเก็บขนและกำจัดเพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงปัญหาและส่วนขาดในการดำเนินการเพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาต่อไป

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณทุกท่านที่มิได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้ คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากผลงานวิชาการฉบับนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะนำไปใช้ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านทางสาธารณสุขเป็นอย่างดียิ่งจึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **รายงานผลการดำเนินงาน.** นนทบุรี.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). **กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษ. (2562). **แผนแม่บทการจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ.2559-2564).** https://www.mnre.go.th/reo12/th/news/detail/3933/.

ศรินทร์ทิพย์ บุญจันทร์ และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของแม่บ้านในตำบลบึงพระ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.** วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 12(1): 181.

สรรพสิทธิ์ แก้วเฮ้า. (2561). **การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองโก อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม.** วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม. 10(1): 93-103.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2566). **รายงานประจำปี 2566**. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

ธงชัย มั่งคง. (2559). **พฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา.** วารสารสาธารณสุขล้านนา. 13(1): 37.

พัชราพร ภู่เอี่ยม. (2563). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการของเสียอันตรายในครัวเรือนของประชาชน ในตำบลบ้านป้อม อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย.** พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

วริษฐา แสงยางใหญ่และคณะ. (2560). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดขยะครัวเรือนของประชาชน ในเขตเทศบาลจังหวัดสมุทรปราการ.** วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 12(1): 76-87.

อธิญาภรณ์ นิธิปัญญากุล, ณิชนันท์ แก้วกุดเลาะ, วรรณา วรรณศรี, อำไพ หุ่นธานี และจิรรัชวัลคุ์ ทรงสุวรรณวิภา. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จังหวัดศรีสะเกษ . วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา. 7(2): 204.

Bloom B.S. (1975). Taxonomy of Educational Objectives, the classification of educational goals – Handbook I: Cognitive Domain. New York: McKay.

Daniel. (1995). The Relevance of the CIPP Evaluation Model for Educational Accountability. Atlantic City: N.J.

Becker M.H., & Maiman, L.A.. (1975). The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. Health Education Monography, 2 winter, 336-385.

Received: 7 Dec 2023; **Revised:** 21 Dec 2023

Accepted: 28 Dec 2023

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่

ธันยานุช คำสีแก้ว[1], ธนัช กนกเทศ[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 119 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากนั้นนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และได้ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ อีตา

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเป็นหญิง ร้อยละ 60.5 มีอายุต่ำกว่า 65 ร้อยละ 39.5 รองลงมาคือ ระหว่างอายุ 66-69 ร้อยละ 26.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกศึกษา ร้อยละ 52.9 , 15.1 ตามลำดับ มีรายได้ครอบครัวต่อปีระหว่าง 10,001-100,000 บาท แหล่งที่มารายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้จากตัวเอง ร้อยละ 56.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความพอเพียงและเหลือเก็บของรายได้ ร้อยละ 47.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.8 และมีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.4 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมเลย ร้อยละ 57.1 และเป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 60.5 จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความพอเพียง (p=0.049) โรคประจำตัว (p=0.000) แรงสนับสนุน บุคลากร

[1] สาขาวิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว (p=0.000) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Factors Promoting Health Behaviors Among The Elderly in Tambon Huai, Mai District of Song , Phrae Province.

Thanyanutk Khamseekaew[1], Thanach Kanokthet[1]

Abstract

This cross-sectional descriptive research aims to study the factors that affect the health behavior of the elderly in Tambon Huai Mai District of Song, Phrae Province. The sample group is 119 elderly people aged 60 years and over Collect data using a question-naire and then analyze the data collected using frequency distribution, percentage, aver-age, standard deviation. And analyzed the relationship by testing with relationship analysis statistics Analyze the relationship of factors contributing to health behavior By using Pear-son's product moment Correlation Coefficient and Eta (Eta Coefficient)

The results of the study found that most of the subjects were female, 60.5 percent were under 65, 39.5 percent followed by between the ages of 66-69, 26.1 percent respectively. The subjects had primary education. Followed by the secondary education level, 52.9 percent, 15.1 percent respectively, with annual family income between 10,001-50,000 baht, 50.4 percent. Source: The majority of the sample's income is 56.3 percent, respectively. The sample is self-sufficient and the remaining 47.9 percent of the revenue is collected respectively. The sample group does not have a 58.8 percent chronic disease and the most common is 24.4 percent high pressure disease. The sample group has never participated in 57.1 percent of the activities and is 60.5 percent of the club members. From the analysis of factors related to the health behavior of the elderly, it is found that sufficiency (p>0.049), chronic disease (p>0.001), support for public health personnel and family members (p>0.001) Relating to the health behavior of the elderly In in Tambon Huai Mai District of Song, Phrae Province With statistical significance at 0.05

[1] Department of Community Health ,Faculty of Public Health , Naresuan University

Keywords: perceived stress, online learning, musculoskeletal disorders

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาตินั่นคือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aged Society) ในปีพ.ศ. 2574 สัดส่วนผู้สูงอายุ60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม (อภิวรรณ ณัฐมนวรกุล, 2021) ผู้สูงอายุไทยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงกว่าประเทศอื่นๆในเอเชียเมื่อเทียบกับสัดส่วนของรายได้จากการทำงานเพราะเงินที่หามาได้จะใช้จ่ายหมดไปกับเรื่องสุขภาพในวัยสูงอายุ (วิไลวรรณ อิศรเดช, 2022) เป็นสาเหตุสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้สูงอายุและทำให้คนสูงวัยต้องเข้าไปรับการรักษาพยาบาลในแต่ละปีจำนวนมาก โดยอาการเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษามากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน หัวใจขาดเลือด ไขมันในเลือดสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต ข้อเสื่อมและสมองเสื่อมทั้งยังพบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, 2022)

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีความแตกต่างกันโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมทางกายค่อนข้างสูง ส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ เจตคติต่อสุขภาพ หรือการรับรู้ในภาวะสุขภาพแตกต่างกันไป สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวของกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนในครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข การเป็นสมาชิกชมรมและการมีโรคประจำตัว การรู้เท่าทันสื่อเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุและระดับความรู้ของเทคโนโลยีสื่อออนไลน์ทางสังคมและอาชีพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเช่นกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุนั้นมีมากมาย ดังนั้นการจัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุต้องสอดคล้องกับปัจจัยและบริบทที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุและควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Fernandes, et al, 2022)

การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีอยู่แล้วตามกระบวนการทางธรรมชาติและกระบวนการทางสังคมที่สามารถพัฒนาได้ สามารถเรียนรู้ได้ เปลี่ยนแปลงและส่งเสริมได้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาความสมดุลของชีวิตและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้นั้น ย่อมเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายในของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม การรับรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม อันประกอบไปด้วยครอบครัว ชุมชน นโยบายรัฐ และแหล่งบริการต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นแหล่งที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในชีวิต ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด (Hautekiet, et al, 2022)

จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2559 (อุทัยวรรณ สุกิมานิล, 2022) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุค่อนข้างมาก แต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ทั้งบริบทในเมืองในชนบทและในชุมชน การศึกษาปัจจัยจึงเป็นการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุรวมทุกกลุ่มมีการศึกษาวิจัยจำนวนน้อยที่ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มซึ่งจะทำให้ได้แนวทางหรือทราบปัจจัยที่เฉพาะและนำมาแก้ปัญหาอย่างตรงประเด็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีความสามารถในการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง หากส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ดูแลสร้างเสริมสุขภาพที่ดี จะทำให้เป็นผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่เป็นสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่กลายไปเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (Nontarak, et al, 2022)

ผู้สูงอายุในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวน 1,694 คน จากประชากรทั้งหมด 8,181 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Age society) เมื่อพิจารณาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว หมู่บ้าน ชุมชนหรือภาครัฐ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว หมู่บ้านชุมชนหรือภาครัฐ ของตำบลห้วยหม้ายอำเภอสอง จังหวัดแพร่ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ 2,493 คน คิดเป็นร้อยละ 30.5 เนื่องจาก วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ในทางเสื่อม การส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงควรเน้นในเรื่องของการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ ด้านจิตวิทยาสังคม การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มซึ่งเป็นการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่ยังมีสุขภาพดีไม่ป่วยให้ยืดระยะเวลาของการมีสุขภาพดี ให้ยาวนานที่สุด เพื่อให้มีการพัฒนาสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจนกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง

ดังนั้นจึงมีจุดมุ่งหมายสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการสูงวัยอย่างมีสุขภาพที่ดีและเพื่อเตรียมพร้อมในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพและพฤติกรรมต่างๆของผู้สูงอายุรวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวและสังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่

2.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หมายเลขโครงการ: IRB:P2-0077/2566 วันที่ 29 มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 2,493 คน ในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่

2) คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (Finite Population Mean) ของ Wayne, W.D. (1995) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 107 คน ดังนี้

$$N = \frac{N\sigma^2 Z^2_{1-\frac{\propto}{2}}}{e^2(N-1) + \sigma^2 Z^2_{1-\frac{\propto}{2}}}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = จำนวนประชากร เท่ากับ 2,493 คน

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.27 (จารุเพ็ญ ภูจอมจิตร, 2022)

$Z_{1--\propto 22}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

E = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

จากการแทนค่าสูตรที่ใช้ในการสำรวจ เพื่อการประมาณสัดส่วนจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกนี้อย่างน้อยที่สุด คือ 107 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของการเก็บข้อมูลและไม่ครบถ้วนของข้อมูล จึงเพิ่มอีกร้อยละ 10 จึงดำเนินการจัดเก็บทั้งสิ้น 119 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) มีขั้นตอนดังนี้

1. วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling, SRS) โดยการสุ่มจับฉลากจากหมู่บ้านในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ ทั้งหมดจาก 8 หมู่บ้านให้ได้ 3 หมู่บ้าน2. วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Simple Random Sampling, SRS) โดยคัดเลือกจากเลขที่บ้านครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่จากทะเบียนประชากรผู้สูงอายุของตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในลักษณะประชากรที่ศึกษาถ้าคุณสมบัติไม่ครบจะไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างวิธีการสุ่มจะเริ่มโดยกำหนดช่วงการสุ่ม (กำหนดให้ =k) ของประชากรที่ศึกษาซึ่งคำนวณจากจำนวนผู้สูงอายุในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ ทั้งหมดหารด้วยกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งคำนวณได้ช่วงการสุ่มเท่ากับ 15 ต่อจากนั้นเลือกเลขสุ่ม (กำหนดให้ = l) ได้หมายเลขเริ่มต้นคือ 1 ตัวอย่างที่ได้คือ l, l+k, l+2k, l+3k, ...,l+nk ซึ่งจะครบจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม สำหรับผู้สูงอายุที่อ่านออกเขียนได้แจกแบบสอบถามให้ตอบและตอบข้อซักถามหากมีข้อสงสัยและรอรับคืนในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ให้ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟังและให้ผู้สูงอายุตอบคำถามแต่ละข้อ และบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ แหล่งที่มารายได้ ความพอเพียง ของรายได้ โรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรม การเป็นสมาชิก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินเพื่อหาปัจจัยต่างๆ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ จำแนกเป็นพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และการจัดการความเครียด

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเป็นผู้ออกแบบ มีทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานพยาบาล การตรวจรักษาที่เหมาะสม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

2.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม เป็นลักษณะเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลกรสาธารณสุขและบุคคลในครองครัว ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนจากบุคคลกรสาธารณสุข การรับรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินในเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1.ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ ขอความอนุเคราะห์เข้าทำการวิจัย

2.อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ให้ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟังและให้ผู้สูงอายุตอบคำถามแต่ละข้อ และบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม

3.ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

วิเคราะห์ด้านคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Percentage) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2.สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson‘s product moment Correlation Coefficient) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา(Eta Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเป็นหญิง ร้อยละ 60.5 มีอายุต่ำกว่า 65 ร้อยละ 39.5 รองลงมาคือ ระหว่างอายุ 66-69 ร้อยละ 26.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.9 , 15.1 ตามลำดับ มีรายได้ครอบครัวต่อปีระหว่าง 10,001-50,000 บาท แหล่งที่มารายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้จากตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 56.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความพอเพียงและเหลือเก็บของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 47.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 58.8 และมีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 24.4 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมเลย คิดเป็นร้อยละ 57.1 และเป็นสมาชิกชมรม คิดเป็นร้อยละ 60.5

2. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุและแรงสนับสนุน บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัวที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$=5.90, p=0.312) ส่วนแรงสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=3.12, p=0.000)

3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$=3.44 ,SD=0.058) รองลงมามีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$=3.06 ,SD=0.148) ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{x}$=2.85 ,SD=0.236) และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.66 ,SD=0.11) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุและแรงสนับสนุน บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัวที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มารายได้ การเข้าร่วมกิจกรรม การเป็นสมาชิกชมรม ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนความพอเพียง โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, 0.001 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมสุขภาพ		
	Eta	F	P-value
เพศ	0.119	1.682	0.197
อายุ	0.049	0.092	0.964
ระดับการศึกษา	0.180	0.761	0.580
สถานภาพสมรส	0.221	1.959	0.124
รายได้	0.142	0.785	0.505
แหล่งที่มารายได้	0.054	0.114	0.952
ความพอเพียง	0.225	3.086	0.049*
โรคประจำตัว	0.342	15.518	0.000**
การเข้าร่วมกิจกรรม	0.198	2.375	0.098
การเป็นสมาชิกชมรม	0.086	0.874	0.352

หมายเหตุ * 0.05 , ** 0.001

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุและแรงสนับสนุน บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัวที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.332, p <

0.001) ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมากกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.093, p > 0.05) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุและแรงสนับสนุน บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัวที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพ	
	r	p-value
สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ	0.093	0.312
บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว	0.332	0.000**

หมายเหตุ ** 0.001

สรุปและอภิปรายผล

1. ความพอเพียง มีความสัมพันธ์กับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่พอเพียงและเหลือเก็บ ร้อยละ 47.9 พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 44.5 และไม่พอเพียง ร้อยละ 7.6 อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือนที่ค่อนข้างน้อยแต่ผู้สูงอายุไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ลูกหลานในบ้านจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วนของผู้สูงอายุเอง พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้และความพอเพียงของรายได้ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดค้นของ กชกร ศิวปริยากูล (2563) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.2 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.8 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะไม่ได้อาศัยอยู่กับลูกหลานหรือแยกบ้านอยู่จึงทำให้ขาดการดูแลและการไม่ยอมไปโรคพยาบาลของผู้สูงอายุ ร่วมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ส่งผลให้เกิดโรค ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเองได้เหมาะสม และมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดค้นของ กชกร ศิวปริยากูล (2563) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3. แรงสนับสนุนทางสังคม บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x}$=3.12 , p=0.000) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในตำบลห้วยหม้ายมีแรงสนับสนุนทางสังคม บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุรีรัตน์ รุ่งเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (2553) พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการนำการวิจัยไปใช้

1. จาการศึกษา พบว่า ความพอเพียง โรคประจำตัว แรงสนับสนุนทางสังคม บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดั้งนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการทำความสามารถในการเข้าถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

2. แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ได้ชี้ให้เป็นว่าบุคลากรสาธารณสุขให้ความสำคัญกับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายมากกว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น บุคลากรสาธารณสุขในฐานะผู้บริบาลสุขภาพของประชาชน ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในทุก ๆ ด้าน เนื่องจากการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุเนื่องจากสภาพรางกายและสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ไม่เหมือนกับวัยอื่น การที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีนั้นต้องมาจากพฤติกรรมหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย หรือแม้กระทั่งการดูแลด้านจิตใจ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรเป็นผู้ประสานการสร้างพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องการประสานเพื่อให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ และประสานในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน

3. แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ด้านการจัดการความเครียด และยังสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้เป็นลำดับทาย ๆ ซึ่งบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด จึงควรปรับบทบาทของสมาชิกในครอบครัวใหม่ บุคคลในครอบครัวต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มากขึ้น โดยการเน้นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว การจัดกิจกรรมต่างๆที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวร่วมกิจกรรมได้โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมนั้นๆ เช่น การพาผู้สูงอายุไปเที่ยวชมวัดหรือสถานที่ต่างๆ กิจกรรมออกกำลังกาย การทำกิจกรรมร่วมกัน จะทำให้สมาชิกทุกคนได้สังเกตและใส่ใจซึ่งกันและกันหากมีการแสดงออกของการกระทำระหว่างกิจกรรมที่ผิดปกติไป สมาชิกในครอบครัวควรร่วมกันแสวงหาแหล่งที่จะส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นของผู้สูงอายุให้ครอบคลุ่มเพิ่มขึ้น ได้แก้ การป้องกันอุบัติเหตุ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เพื่อนำวิจัยมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

2.ควรศึกษาองค์ประกอบของตัวแปร และปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ความรู้ ลักษณะของครอบครัว ความเชื่อเรื่องสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เพื่อที่จะได้ทราบถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องปัญหาและอุปสรรคในพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้แนวทางในการลดปัญหาและอุปสรรคต่างๆในการดำเนินเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวโดยปราศจากโรคภัยและความไม่สุขสบายต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กชกร ศิวปรียากูล. (2020). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี.** วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 3(1): 1-14.

จารุเพ็ญ ภูจอมจิตร. (2022). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ใน เขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จจังหวัดกาฬสินธุ์.** วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ. 15(1): 86-100.

ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง. (2022). **การดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไป.** วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2(1): 74-84.

วิไลวรรณ อิศรเดช (2022). **ผู้สูงอายุกับการดูแลสุขภาวะแบบองค์รวม.** Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 7(12): 147-161.

สุรีรัตน์ รงเรือง และ สมเกียรติ สุขนันตพงศ์. (2553). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.** วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 17(1): 109-122.

อภิวรรณ ณัฐมนวรกุล. (2021). **ยุทธศาสตร์สังคมสูงวัยของไทย: การจัดตั้งศูนย์สมาคมแห่งเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้เพื่อผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและนวัตกรรม (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation; ACAI) และนโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุขด้านผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2565.** Journal of The Department of Medical Services. 46(4): 5-9.

อุทัยวรรณ สุกิมานิล. (2022). **แนวทางการพัฒนานวัตกรรมการบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทาง สังคมในการพยาบาลชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน.** วารสารสันติศึกษา ปริทรรศน์ มจร. 10(4): 1827-1839.

Fernandes, A. P. G., Cardoso, V. R., Dos Santos, K. C., Migliaccio, M. M., & Pinto, J. M. (2022). **Factors related to the accumulation of healthy behavior among older adults attending primary Health Care.** Journal of Population Ageing. 15(3): 677-690.

Hautekiet, P., Saenen, N. D., Martens, D. S., Debay, M., Van der Heyden, J., Nawrot, T. S., & De Clercq, E. M. (2022). **A healthy lifestyle is positively associated with mental health and well-being and core markers in ageing.** BMC medicine. 20(1): 1-13.

Nazari, S., Kamali, K., & Hajimiri, K. (2021). **Predictive factors of quality of life among the elderly in Iran: Application of Andersen's behavioral model.** Journal of Education and Health Promotion. 10.

Nontarak, J., Bundhamcharoen, K., Prasitsiriphon, O., & Aekplakorn, W. (2023). **The Association of Sociodemographic Variables and Unhealthy Behaviors With Limitations in Activities of Daily Living Among Thai Older Adults: Cross-sectional Study and Projected Trends Over the Next 20 Years.** Asian/Pacific Island Nursing Journal, 7, e42205.

แนวทางการเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย/บทความวิชาการ วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น ยินดีรับบทความวิจัยและบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย/วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้ มีการพิจารณาบทความแบบ double blinded โดยผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลานสถาบัน อย่างน้อย 3 ท่าน และมีกำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 4 ฉบับ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับและการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย หมายถึง การนำเสนอผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย

2. บทความวิชาการ หมายถึง งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ แนวทางการแก้ไขปัญหา มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล เช่น หนังสือ วารสาร อินเทอร์เน็ต ประกอบการวิเคราะห์วิจารณ์ เสนอแนวทางแก้ไข

3. บทวิจารณ์หนังสือ หมายถึง บทความที่วิพากษ์วิจารณ์ เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณูปการของหนังสือ บทความ หรือผลงานศิลปะ อาทิ นิทรรศการ ทัศนศิลป์ และการแสดงละครหรือดนตรี โดยใช้หลักวิชาและดุลยพินิจอันเหมาะสม

4. บทความปริทัศน์ หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (State of the Art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้าง และทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อพิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความ ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา
ชื่อผู้เขียน	พิมพ์ชื่อโดยไม่ใช้คำย่อ มีสถานที่ทำงาน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล์ หมายเลขโทรศัพท์ โดยอ้างอิงเชิงอรรถท้ายหน้าแรก
บทคัดย่อ	เป็นร้อยแก้ว เขียนเฉพาะเนื้อหาที่สำคัญ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย (อย่างย่อ) และต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
คำสำคัญ	ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ ใช้ตัวอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความที่เป็นภาษาอังกฤษมีเฉพาะคำสำคัญภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายถึงความเป็นมาและความสำคัญที่ทำการศึกษา วิจัย ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ สมมติฐานและขอบเขตของการวิจัย
เนื้อเรื่อง	กรณีบทความที่เป็นภาษาไทยควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย กะทัดรัดและชัดเจน การใช้คำย่อต้องมีคำสมบูรณ์ไว้ในครั้งแรกก่อน
วิธีดำเนินการวิจัย	อธิบายขั้นตอนการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการใช้เครื่องมือในการศึกษาหรือการวิจัย และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

สรุปผลการวิจัย	อธิบายสิ่งที่ได้จากการศึกษา ไม่ควรซ้ำกับการแสดงผล แต่เป็นการสรุปประเด็น และสาระสำคัญของการวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
อภิปรายผล	อธิบายถึงผลที่ได้รับจากการศึกษาหรือการวิจัย ว่าเป็นไปตามสมมติฐานหรือไม่ ควรอ้างถึงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบการอธิบาย
ข้อเสนอแนะ	อธิบายถึงการนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ หรือข้อเสนอแนะ ปัญหาที่พบในการศึกษา เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป
เอกสารอ้างอิง	ให้เขียนเอกสารอ้างอิง ใช้ระบบนาม-ปี และหน้า (APA Style) ตามรูปแบบที่กำหนด

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้รูปแบบของ American Psychological Association (APA)

การอ้างอิงในบทความ กรณีที่ผู้เขียนต้องการการระบุแหล่งที่มาของข้อมูลในเนื้อเรื่องให้ใช้วิธีการอ้างอิงในส่วนเนื้อเรื่องแบบนาม-ปี (author-date in-text citation)

การอ้างอิงท้ายบทความ เป็นการรวบรวมรายการเอกสารทั้งหมดที่ผู้เขียนบทความได้ใช้อ้างอิงในการเขียนบทความ และจัดเรียงรายการตามลำดับตัวอักษรชื่อผู้แต่ง ตัวอย่างเช่น

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). **ชื่อหนังสือ.** (พิมพ์ครั้งที่). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ, **ชื่อหนังสือ.** (เลขหน้าบทความ). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. **ชื่อวารสาร.** ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่วิจัยสำเร็จ). **ชื่อวิทยานิพนธ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญา (ระดับ), ชื่อสาขาวิชา สังกัดของสาขาวิชา ชื่อมหาวิทยาลัย.

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่เผยแพร่). **ชื่อเรื่อง.** สืบค้นเมื่อ [วัน เดือน ปี], จาก แหล่งสารสนเทศ. [หรือ URL]

การอ้างอิงในเนื้อหา

รูปแบบการอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา มี 3 รูปแบบ ดังนี้

1. (ผู้แต่ง, ปีที่พิมพ์, เลขหน้า) ไว้ท้ายข้อความที่อ้างอิง เช่น (ชนะดา วีระพันธ์, 2555, 55-56) (Peter & Waterman, 1982, pp. 498-499) (Michalska J., 2008, p. 85)

   กรณีที่ไม่ปรากฏเลขหน้าให้ลงแค่ชื่อผู้แต่งกับปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บเดียวกัน เช่น

(ศิริโรจน์ วงศ์กระจ่าง, 2554)

2. ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์, เลขหน้า) กรณีมีการระบุชื่อผู้แต่งในเนื้อหาแล้ว ไม่ต้องระบุไว้ในวงเล็บท้ายข้อความที่อ้างอิก เช่น ธนกฤต วันต๊ะเมล์ (2554, น.90) ได้ศึกษาถึง.....

Robert E. Hegel (1997, p.14) studied.....

กรณีที่ไม่ปรากฏเลขหน้าให้ลงแค่ชื่อผู้แต่งกับปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บ เช่น

(ศิริโรจน์ วงศ์กระจ่าง, 2554)

3. ปีที่พิมพ์ ผู้แต่ง (เลขหน้า) กรณีมีการระบุปีที่พิมพ์และผู้แต่งในเนื้อหาแล้ว (ปีที่พิมพ์และผู้แต่งสามารถสลับที่กันได้) ให้ระบุเฉพาะเลขหน้าที่อ้างถึงในวงเล็บเท่านั้นเช่น ในปี 2557 ศุภชัย ยาวะประภาส ได้กล่าวว่า สมรรถนะ หมายถึง ความรู้ ความสามารถที่แสดงออกถึงพฤติกรรมการบริหารงานบุคคลของผู้บริหารสถานศึกษา จนทำให้การปฏิบัติงานบริหารงานบุคคลบรรลุผลเหนือกว่าระดับปกติ (น.9)

การส่งต้นฉบับ

1. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า กระดาษขนาด A4 ทั้งนี้รวมรูปภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิง
2. การตั้งค่าหน้ากระดาษ ให้กำหนดขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 นิ้ว ขอบซ้าย 1 นิ้ว และขอบขวา 1 นิ้ว
3. แบบตัวอักษรใช้ TH SarabunPSK โดยกำหนดขนาด ดังนี้

3.1 ชื่อบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา กึ่งกลางหน้ากระดาษ

3.2 ชื่อ-สกุลผู้เขียน ทุกท่านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 12 point ตัวหนา ชิดซ้าย

3.3 สถานที่ทำงาน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล์ หมายเลขโทรศัพท์ ขนาด 12 point อ้างอิงเชิงอรรถ

3.4 บทคัดย่อ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ควรสั้นตรงประเด็น และเป็นการสรุปผลงานอย่างรัดกุม ครอบคลุมสาระสำคัญของการวิจัย ความยาวไม่เกิน 400 ตัวอักษร

3.5 คำสำคัญ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นการกำหนดสาระสำคัญที่สามารถนำไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล ไม่ควรยาวมากเกินไป และไม่ควรเกิน 3-5 คำ

3.6 บทนำ (ความเป็นมา ความสำคัญ และมูลเหตุที่นำไปสู่การวิจัย)

3.7 วัตถุประสงค์ (มูลเหตุของการศึกษาวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับชื่อเรื่องที่ศึกษาวิจัย)

3.8 เนื้อหาที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เป็นการอ้างอิงแนวคิด ทฤษฎี หรือบทความที่เกี่ยวข้อง หากเป็นงานวิจัยเฉพาะทางควรมีส่วนนี้ เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานให้คนทั่วไปสามารถเข้าใจได้

3.9 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการอธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ควรเสนอรูปแบบและแสดงขั้นตอนอย่างกระชับและชัดเจน

3.10 สรุปผลการวิจัย ควรนำเสนอผลอย่างชัดเจน น่าสนใจ ตรงประเด็น เป็นผลที่ค้นพบ โดยลำดับตามหัวข้อที่ศึกษา

3.11 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ อภิปรายสิ่งที่ได้จากการวิจัย การนำไปใช้ประโยชน์และข้อเสนอแนะต่างๆ

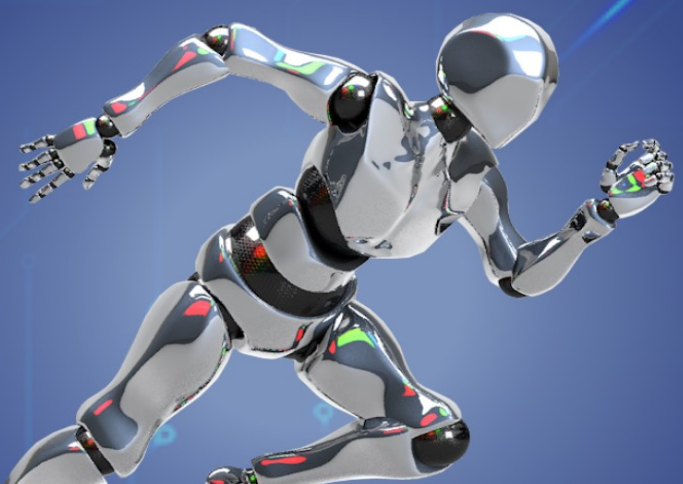
3.12 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบนาม-ปี และหน้า (APA Style) ระบุแหล่งอ้างอิงเท่าที่ปรากฏในบทความ

ผู้นำเสนอผลงานสามารถดูรายละเอียดรูปแบบการจัดทำบทความฉบับเต็ม (Full Paper) ได้ที่ www.northern.ac.th

หากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เลขที่ 888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000

โทรศัพท์ 0 5551 7488 ต่อ 808 โทรสาร 0 5551 7481 email : Journalsci@northern.ac.th

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 4 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566