



วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2567



วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีโนร์ทเทิร์น ISSN 2730-1583

Journal of Science and Technology Northern

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2567

วัตถุประสงค์ของการจัดพิมพ์วารสาร

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

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรัตน์ ยืนยง อธิการบดีวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

บรรณาธิการ

ดร.พุดผิงค์ มากมาย คณบดีคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.จิระภา ขำพิสุทธิ์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา	ทำดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์	บุญเชียง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา	สุพรรณกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์	โพธิ์อำ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์	แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาวรี	ชั้นสำโรง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรงค์	เปลี่ยนแสง	โปรแกรมวิทยาศาสตร์ทั่วไป
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ

รองศาสตราจารย์ สฤณี	พรมสายใจ	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์	หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.นันทะ	บุตรน้อย	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา	เตติวัฒน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา	ทำดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์	บุญเชียง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา	สุพรรณกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช	กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑา	หมีไพรพฤษย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ยอดวิญญูวงศ์		มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ		วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์	โพธิ์อำ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์	แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาวรี	ชั้นสำโรง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรงค์	เปลี่ยนแสง	โปรแกรมวิทยาศาสตร์ทั่วไป
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อานนท์	วงษ์มณี	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปราณี	เลิศแก้ว	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิศักดิ์	ชั้นแก้วหล้า	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา	ดลวิทยาคุณ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษ	เคลือบวัง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา	ชมิตท์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สำราญ	ชั้นสำโรง	ม.มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เนาวรัตน์	มณีนิล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.ยุพรัตน์	หลิมมงคล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.กิตติพัทธ์	เอี่ยมมรด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.จีระเกียรติ์	ประสานธนกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
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

อาจารย์จตุพร	แพงจักร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ประวิทย์	ห่านใต้	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
นายภัทรภณ	นิลสิงห์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ
 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม-มีนาคม
 ฉบับที่ 2 เดือน เมษายน-มิถุนายน
 ฉบับที่ 3 เดือน กรกฎาคม-กันยายน
 ฉบับที่ 4 เดือน ตุลาคม-ธันวาคม

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

บทความวิจัย	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ชอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จักรกฤษณ์ ปานสมบัติ และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ.....	1
การพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด จุลพันธ์ สุวรรณ.....	16
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาดของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี ธิดารัตน์ แก้วคำ.....	33
ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี นธรรศ น้อยทัน.....	47
ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก นฤมล กอกอง และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ	59

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่ อำเภอเถลิง จังหวัดภูเก็ต ปริญญา ศฤงคารนันต์.....	72
ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่ อำเภอเถลิง จังหวัดภูเก็ต ปริญญา ศฤงคารนันต์.....	84
ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ พัชร มณีวงศ์.....	98
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต รวิวรรณ ชูสุวรรณ.....	112
ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในประชาชน ตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร สุทธิพงษ์ ทาสอน และฤทธิชัย ทิตะพันธ์.....	129
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนคร ไทย จังหวัดพิษณุโลก ศิริรัตน์ คามสายอ.....	142

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงแสน อิสริย์ ช่างบุ.....	158
ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ในโรงพยาบาลกลาง จุฬาลักษณ์ ลิมลือชา.....	175
ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาล สู่บ้านในโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย สุนัน เมืองมูล.....	185
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่ม เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะ ท้าวอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อรอุมา พลชา, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ.....	196



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ชอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

จักรกฤษณ์ ปานสมบัติ¹, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ชอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของตำบลไผ่ชอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 473 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 223 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.74$, S.D.=0.44) การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ชอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.190$, P-value=0.004)

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้า, การรับรู้ด้านสุขภาพ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ชอดอน จังหวัดพิษณุโลก E-mail: jum.chakkrit@gmail.com

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, * ผู้วิจัยร่วม E-mail: Amornsakpoum1@gmail.com

The relationship between health perception and foot care behavior of patients with type 2 diabetes in Phai Kho Don Subdistrict. Mueang Phitsanulok District Phitsanulok Province.

Chakkrit Pansombut¹, Amornsak Pourn²

Abstract

This descriptive research aimed to study the association between health perception and foot care behavior among patients with type 2 diabetes in Phai Kho Don Subdistrict. Mueang Phitsanulok District Phitsanulok Province. Population in this study consisted of 473 patients with type 2 diabetes which be registered treatment in Phai Kho Don Subdistrict. Mueang Phitsanulok District Phitsanulok Province, and the sample size calculating used Daniel formula for 223 cases, and systematic random sampling was determine for collecting data. Data collected by structured interview composed of 4 parts including, characteristics, health perception, social support and foot care behavior. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.85. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The result showed that health perception including; perceived of risk, perceived of severity, perceived of barrier, and perceived of benefit, in term of health perception had mean score classified in high level (74.40%) ($\bar{X}$ =2.74, S.D.=0.44). An association analyzed, health perception was associated with foot care behavior among patients with type 2 diabetes in Phai Kho Don Subdistrict. Mueang Phitsanulok District Phitsanulok Province with statistic significantly ($r=0.190$, $P\text{-value}=0.004$).

Keywords: Type 2 Diabetes mellitus, foot care behavior, health perception

บทนำ

¹Registered Nurse Professional Level, Phai Kho Don Subdistrict Health Promoting Hospital, E-mail : jum.chakkrit@gmail.com

²Faculty of Public Health, Naresuan University, E-mail: Amornsakpoum1@gmail.com *corresponding

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เป็นภัยคุกคามที่คุกคามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมากและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยปี 2565 สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) ได้กำหนดประเด็นวันเบาหวานโลกคือ Education to protect tomorrow มุ่งให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่ใช่เฉพาะแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เผยสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2564 พบผู้ป่วยทั่วโลก 537 ล้านคนและคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง 2563 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 2.1 ในการสำรวจครั้งที่ 6 เมื่อปี พ.ศ. 2563 ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบเป็นร้อยละ 9.5 (กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยเบาหวานปี 2564-2566 มีผู้ป่วย 3,173,405, 3,326,855, 3,481,420 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร 4,794.62, 5,027.63, 5,267.66 ตามลำดับ (Health Data Center, 2566) สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 2 ปี 2564-2566 มีผู้ป่วย 198,923 212,701 221,993 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร 5,621.97, 6,018.98, 6,294.78 ตามลำดับ (Health Data Center, 2566) สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดพิษณุโลก ปี 2564 -2566 มีผู้ป่วย 55,068, 62,983, 65,329 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร 9,421.40, 9,821.34, 10,437.29 ตามลำดับ (Health Data Center, 2566) สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ปี 2564 -2566 มีผู้ป่วย 19,587, 24,023, 24,670 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร 9,430.79, 10,035.93, 10,986.81 ตามลำดับ (Health Data Center, 2566)

สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ยอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลกปี 2564 -2566 มีผู้ป่วย 395, 457, 473 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร 15,581.85, 14,443.74, 14,911.73 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ยอดอน, 2566) ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานประเทศไทย ปี 2564 -2566 มีผลผิดปกติ 88,405,63,484,85,460 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.79, 1.91, 2.45 ตามลำดับ ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานเขตสุขภาพที่ 2 ปี 2565 -2566 มีผลผิดปกติ 6,689, 3,466, 3,235 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.36, 1.63, 1.46 ตามลำดับ ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดพิษณุโลก ปี 2564 -2566 มีผลผิดปกติ 1,066, 1,021, 1,237 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.53, 3.30, 3.79 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ยอดอน,

2566) ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ปี 2564-2566 มีผลผิดปกติ 501, 310, 366 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.23, 5.33, 4.68 ตามลำดับ (Health Data Center, 2566) ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ยอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลกปี 2564-2566 มีผลผิดปกติ 5, 2, 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.90, 0.63, 0.00 ตามลำดับ (Health Data Center, 2566)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผลที่เท้าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เป็นแผลเรื้อรังซึ่งอาจนำไปสู่การถูกตัดขาและเสียชีวิตได้ การถูกตัดขาในผู้ป่วยเบาหวานพบได้มากกว่าคนปกติถึง 15 เท่า สาเหตุสำคัญของการเกิดแผลที่เท้า คือ ภาวะปลายประสาทเท้าเสื่อม โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย การมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อ บริเวณเท้า ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถตรวจพบและให้การรักษาได้ตั้งแต่เริ่มแรก หากมีระบบการดูแลรักษาเพื่อเฝ้าระวังการเกิดแผล Wu et al. (2007) กล่าวว่า การตรวจประเมินเท้าและการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลเท้า ร่วมกับการดูแลรักษาเมื่อพบความผิดปกติที่เท้าในลักษณะที่มึนสทสาหาวิชาชีพ สามารถลดอุบัติการณ์ การเกิดแผลและการถูกตัดขาได้ร้อยละ 50 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนอกจากจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยมีโอกาสดับรับความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆเป็นอย่างมาก ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานสามารถป้องกันและชะลอให้เกิดช้าลงได้ ถ้าผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นจำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยต้องรู้จักการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและการรักษาสุขภาพอนามัยร่างกายทั่วไป (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) เพราะฉะนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง และนอกจากนี้แล้วผู้ป่วยเบาหวานต้องให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับคนปกติเพื่อหลีกเลี่ยงโรคแทรกซ้อนดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ยอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 - เดือน กันยายน พ.ศ. 2567 โดยกำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีของ Rosenstock (1974) 3) การได้รับการสนับสนุน ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของตำบลไผ่ขอดตอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 466 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อายุ 30-65 ปีหรืออายุมากกว่า 65 ปีที่อ่านและเขียนหนังสือได้ เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม และเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูล ได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 223 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้อุปสรรค ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 การได้รับการสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนในครอบครัว, การสนับสนุนจากสังคม, การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติ การพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มน้ำและสูบบุหรี่ การเลือกใช้อุปกรณ์เท้า จำนวน 44 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ สูง (3.67–5.00 คะแนน) ปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.85

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ PREC 051-2567 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2567

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.30%) มากกว่าเพศชาย (37.70%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปี (49.05%) ($\bar{X}$ =60.93, S.D.=11.35, Min=32, Max=89) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (66.40%) และมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก (23.30%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (76.70%) และมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้ศึกษา (4%) มีเพียง 2.20% ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี (2.70%) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (49.80%) รองลงมาคือว่างงาน/ไม่มีอาชีพ (21.10%) มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รับจ้างทั่วไป (19.30%)

การรับรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (74.40%) ($\bar{X}$ =2.74, S.D.=0.440) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X}$ =2.83, S.D.=0.390) การรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X}$ =2.90, S.D.=0.390) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X}$ =2.76, S.D.=0.440) การรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X}$ =2.21, S.D.=0.460) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ชวดอน อำเภอมะนังพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก (n=223)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	166	74.40	57	25.60	0	0.00	2.74	0.440
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	186	83.40	36	16.10	1	0.40	2.83	0.390
2. การรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	202	90.60	19	8.50	2	0.90	2.90	0.330
3. การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	170	76.20	52	23.30	1	0.40	2.76	0.440
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	52	23.30	166	74.40	5	2.20	2.21	0.460

การได้รับการสนับสนุน ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (89.20%) ($\bar{X}=2.89$, S.D.=0.310) เมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุน จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ($\bar{X}=2.77$, S.D.=0.430) การสนับสนุนจากสังคม ($\bar{X}=2.61$, S.D.=0.510) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ($\bar{X}=2.95$, S.D.=0.220) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การได้รับการสนับสนุนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ขอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก (n=223)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การได้รับการสนับสนุน	199	89.20	24	10.80	0	0.00	2.89	0.310
1. การสนับสนุนจากครอบครัว	173	77.60	49	22.0	1	0.40	2.77	0.430
2. การสนับสนุนจากสังคม	138	61.90	83	37.20	2	0.90	2.61	0.510
3. การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่	212	95.10	11	4.90	0	0.00	2.95	0.220

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ยอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ภาพรวมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้า อยู่ในระดับสูง (83.90%) ($\bar{X}$ =2.84, S.D.=0.370) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายด้านที่มีระดับสูง ได้แก่ การปฏิบัติตัว ($\bar{X}$ =2.87, S.D.=0.340) ด้านการพบแพทย์ตามนัด ($\bar{X}$ =2.69, S.D.=0.470) ด้านการรับประทานยา ($\bar{X}$ =2.85, S.D.=0.370) ด้านการไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มสุรา ($\bar{X}$ =2.89, S.D.=0.350) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ยอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก (n=223)

พฤติกรรม การดูแล สุขภาพเท้า	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การปฏิบัติตัว	193	86.50	30	13.50	0	0.00	2.87	0.340
2. การพบแพทย์ตามนัด	153	68.60	70	31.40	0	0.00	2.69	0.470
3. การรับประทานยา	191	85.70	31	13.90	1	0.40	2.85	0.370
4. การรับประทานอาหาร	83	37.20	137	61.40	3	1.30	2.36	0.510
5. การออกกำลังกาย	26	11.70	182	81.60	15	6.70	2.05	0.430
6. การไม่ดื่มสุรา/ไม่สูบบุหรี่	202	90.60	18	8.10	3	1.30	2.89	0.350
7. การเลือกใช้อุปกรณ์เท้า	168	75.30	51	22.90	4	1.80	2.74	0.480
ภาพรวม	187	83.90	36	16.10	0	0.00	2.84	0.370

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ยอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัด

พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($r=0.231$, $P\text{-value}<0.001$) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($r=0.147$, $P\text{-value}=0.028$) ตามลำดับ สำหรับการได้รับการสนับสนุนไม่พบความสัมพันธ์ ($r=0.005$, $P\text{-value}=0.942$)

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ชอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ($n=223$)

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้า		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.190	0.004*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	0.090	0.180	ไม่มีความสัมพันธ์
2. การรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	0.231	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
3. การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	0.147	0.028*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	-0.011	0.871	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับการสนับสนุน	0.005	0.942	ไม่มีความสัมพันธ์
1. การสนับสนุนจากครอบครัว	0.068	0.315	ไม่มีความสัมพันธ์
2. การสนับสนุนจากสังคม	0.071	0.290	ไม่มีความสัมพันธ์
3. การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่	0.069	0.306	ไม่มีความสัมพันธ์

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.05

การอภิปรายผลและสรุปผล

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ชอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง (83.90%) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในวัยผู้ใหญ่มีช่วยอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปี (49.05%) เป็นวัยที่ร่างกายเจริญเติบโตสมบูรณ์ มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ (Lotrakun M, et al., 2012) นอกจากนี้พบว่าทุกครั้งที่มีผู้ป่วยเบาหวานมาพบแพทย์ ก่อนกลับบ้านจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเฉพาะโรคเบาหวานและการดูแลเท้าตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขเป็นประจำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้

การรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ชอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.190$, $P\text{-value}=0.004$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมออกมา โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นการหลีกเลี่ยงภาวะอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นหรือหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานจะปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพตามสิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อสุขภาพของตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้ง ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงจะมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดหมายโดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม (Rosenstock, 1974) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ (2560) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ ในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่า

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ชอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.147$, $P\text{-value}=0.028$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในระดับสูง (76.20%) เนื่องมาจากผู้ป่วยทราบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีอันตรายและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงมากหากไม่ควบคุมระดับน้ำตาลให้ดี และการที่มีบาดแผลเกิดขึ้น บาดแผลจะหายยากและมีโอกาสลุกลามเพิ่มมากขึ้นได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพราะการรับประทานรักษาโรคเบาหวานหรือฉีดยารักษาเบาหวานอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและแผลที่เท้า และต้องรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้ประโยชน์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลไผ่ชอดอน อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.231$, $P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) เป็นการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง (90.60%) แสดงว่าการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพเท้า โรคเบาหวานเนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยหรือโรคได้ แต่การที่จะให้ความร่วมมือยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้

ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรคหรือความยุ่งยากที่จะขวางกั้นการปฏิบัตินั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อการ ปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) ควรนำการวิจัยมาประยุกต์เพื่อให้เกิดการจัดรูปแบบการดูแลสุขภาพเท้าที่เป็นระบบและเป็นแนวทางการจัดโปรแกรมเพื่อการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพไม่ให้เกิดการเกิดแผลที่เท้า ส่งผลให้ถูกตัดขาในอนาคต

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังมีการรับรู้ด้านอุปสรรคต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับสูงน้อย บุคลากรสาธารณสุขควรจัดการให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ทบทวนตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพ บริการด้านโรคไม่ติดต่อ พ.ศ.2563-2566. นนทบุรี: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของแกนนำสุขภาพ.นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ชอดอน. (2566). รายงานสรุปผลการดำเนินงานปรงบประมาณ 2566. พิษณุโลก: เอกสารอัดสำเนา.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และสมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางสำหรับเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน ปี 2566. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการ่า จำกัด.
- อินทัย พลิตนันทเกียรติ. (2560) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่าย บริการสุขภาพปทุมภูมิในอำเภพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการ สมาคม สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 6(1): 56-67.
- Best, John W. (1977). **Research is Evaluation**. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.



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

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

Health Data Center (HDC). (2566). กลุ่มรายงานมาตรฐาน(ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่
ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). สืบค้น1 ตุลาคม2566.จาก[https://plk.hdc.moph.go.th/
hdc/reports/ page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec 16a599d882b](https://plk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b).

Lotrakun M., Tantratrungrot T., Limsuwan N. (2012). Medical behavioral science Textbook.
Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.

Rosenstock. (1974). **History origins of the health belief model**: Health Education

Wu et al. (2007). **Foot ulcers in the diabetic patient, prevention and treatment**. Vasc
Health Risk Manag. 2007;3(1):65-76. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17583176/>



การพัฒนาแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลัง การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

จุลพันธ์ สุวรรณ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาแบบ และระยะที่ 3 เป็นการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 249 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก ศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงปริมาณ 3 ชุด และเครื่องมือเชิงคุณภาพ 2 ชุด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้างโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา(Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.8017 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผน โดยการประเมินสถานการณ์ ร่างและปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการบริหารภาครัฐแบบมีส่วนร่วม เลือกทีมวิทยากรประจำโซน และประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง 2) ขั้นตอนการปฏิบัติการ โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารภาครัฐแบบมีส่วนร่วมโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จัดโครงสร้างองค์กรแบ่งเป็น 4 กลุ่มงาน ปรับภารกิจหลัก 5 ภารกิจ ภารกิจรอง 1 ภารกิจ และภารกิจสนับสนุน 2 ภารกิจ รวมถึงการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้นแบบ และสร้างเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชน 3) ขั้นตอนการสังเกตการณ์ โดยสร้างกลุ่มไลน์ในการสื่อสาร ประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจ จัดเวทีประชุมติดตาม และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยประชุมถอดบทเรียนและสกัดชุดความรู้ ส่วนผลการประเมินการมีส่วนร่วมของบุคลากรในกระบวนการพัฒนาพบว่ามีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยนำแนวคิดการบริหารภาครัฐแบบมีส่วนร่วมและกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแบบการจัดการองค์กรและการปรับบทบาทภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามบริบทพื้นที่ให้ทันต่อสถานการณ์และบรรลุเป้าหมายตามนโยบายด้านสุขภาพ

คำสำคัญ : การจัดการองค์กร, การปรับภารกิจ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด, Corresponding author : JP_suwan@yahoo.com, Tel 065-2425091

Developing an Organizational Management Model and Adjusting the Mission of the District Public Health Office after Transferring the Subdistrict Health Promoting hospital, Roi-Et Province

Julapan Suwan¹

Abstract

The purpose of this action research was to develop an organizational management model and adjust the mission of the District Public Health Office after transferring the Subdistrict Health Promoting hospital, Roi-Et Province. The research is divided into 3 phases, the first phase being a study of the situation, phase 2 being model development, and phase 3 being the evaluation of development results. The sample group were 249 people who are the public health personnel of the District Public Health Office in Roi-Et province, by purposive sampling according to the inclusion criteria. The tools consisted of 3 quantitative tools and 2 qualitative tools. The content validity was check by three experts. And testing the reliability of the questionnaire, the alpha coefficient (Cronbach's Alpha) was obtained 0.8017. The statistics used to analyzed the quantitative data were descriptive statistics, for qualitative data was used content analysis. The results found that 4 steps for developing of organizational management models and adjustment of missions of District Public Health Offices, Including, 1) Planning steps : by evaluating the situation during the transition period drafting and improving personnel training curriculum selection of a team of lecturers for the zone and meeting to clarify the sample group. 2) Operation steps : by workshop participatory public administration through participatory learning process training workshops using participatory learning processes for personnel. Organizing the organizational structure by dividing internal work groups into 4 work groups. Adjusting 4 main missions, 1 side missions and 2 support missions, observational study, knowledge sharing, selecting and developing the District Public Health Office model, driving the organization's mission and creating networks in both the government and public sectors. 3) Observational steps by creating a Line group for communication and support knowledge media, empowerment assessment and organizing district public health forums to monitor progress and obstacles every month. And 4) the reflecting on practice results by organizing a forum to learn lessons and extract new knowledge sets that form organizational development and mission adjustments of the District Public Health

¹Mueang Roi-Et District Public Health Office, Roi-Et Province Corresponding author : JP_suwan@yahoo.com, Tel 065-2425091

Office. The results of evaluating the participation of personnel in organizational management and mission adjustment and found that the majority of the sample group were involved. In the development process is at a high level. and were satisfied with the development process at the highest level. The results of the study will be useful to the District Public Health Office that has transferred the Subdistrict Health Promoting Hospital. By applying the concept of participatory public administration and participatory learning process in developing the organizational management model and adjusting the mission of the District Public Health Office according to the organization context for keep up with the changing situation and towards achieving the gold according to health policy.

Keywords : Organizational Management, Mission Adjustment, District Public Health Office, Transferring the Subdistrict Health Promoting hospital.

บทนำ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สนง.สสอ) เป็นส่วนราชการบริหารส่วนภูมิภาค ตามมาตรา 63 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2553 มีหน้าที่ เป็นผู้ช่วยเหลือนายอำเภอ มีอำนาจบังคับบัญชาข้าราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอ และมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายกระทรวงการแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ได้แก่ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ 3) กำกับดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ 5) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษาและการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ และ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่น (กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) รัฐบาลได้กำหนดแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ซึ่งคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ(สนอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยยึดหลักการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2565) ซึ่งปีงบประมาณ 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้ ถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 3,263 แห่ง ในพื้นที่ 49 จังหวัด จังหวัดร้อยเอ็ดได้ถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด โดยเป็นการถ่ายโอนแบบสมัครใจและบุคลากรที่ไม่มีความประสงค์ถ่ายโอนต้องย้ายไปปฏิบัติราชการที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอนั้น ทำให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลายแห่งมีจำนวนบุคลากรเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ภารกิจขององค์กรยังคงเดิม ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้องมีการปรับตัวในการจัดการองค์กรและปรับบทบาทภารกิจให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายตามนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ รวมถึงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการองค์กรสมัยใหม่ (ธีรพงศ์ ประดิษฐ์กุล, 2565) ที่กล่าวว่าการจัดการองค์กรเกิดจากสภาพแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning : PL) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมสามารถเข้าถึงประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกัน แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระหว่างกลุ่มผู้เรียน

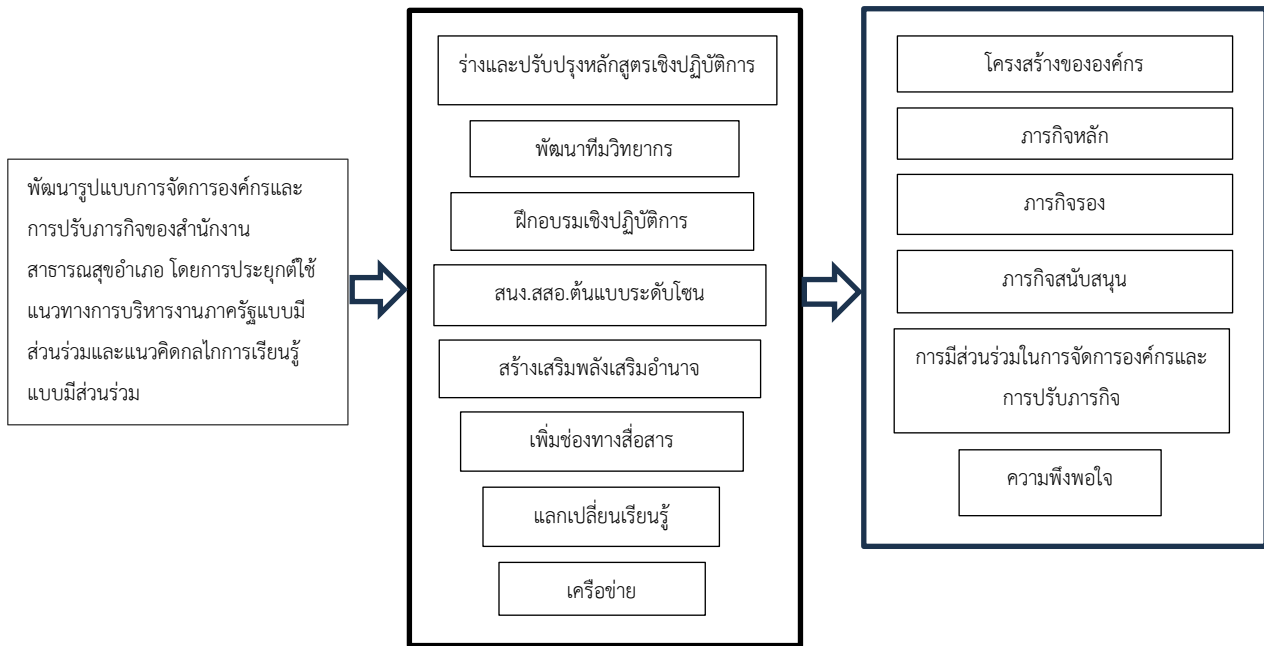
(UNESCO, 2001; อ้างอิงในยุรนันท์ ตามกาล, 2561) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) (2558) กล่าวว่าแนวทางการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วม (Participatory Governance) เป็นหลักการในการบริหารราชการแผ่นดินตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) ซึ่งจะนำไปสู่ระบบราชการที่มีความสุจริต โปร่งใส เปิดเผยข้อมูลเที่ยงธรรม และมีการบริหารงานที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยการมีส่วนร่วม 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับการให้ข้อมูลข่าวสาร 2) ระดับการปรึกษาหารือ 3) ระดับการปฏิบัติ 4) ระดับความร่วมมือ ต่อเนื่อง และ 5) ระดับเสริมอำนาจ ซึ่งการสร้างเสริมพลังอำนาจนั้นเป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงและ กำกับตนเอง ผ่านการประเมินตนเองและสะท้อนผลแก่ตนเอง จนสามารถนำไปสู่การตัดสินใจหรือประเมินตนเอง ได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ (ดรรารัตน์ สำเภาสงฆ์, 2561) และหากขับเคลื่อนกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผ่านกระบวนการวิจัยจะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพมากขึ้น (วิรงรอง สิงห์ยะยุศย์ , 2564) ผู้วิจัยดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด มีบทบาทในการประสานการดำเนินงานของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้เห็นความสำคัญของแนวทางการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วม และกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการองค์กรและการปรับบทบาทภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง จึงได้ออกแบบการพัฒนาระบบการจัดการองค์กรและปรับภารกิจ ดังกล่าวผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการสะท้อนคิดร่วมกันของบุคลากรทุกคน มีการ ปฏิบัติเริ่มจากการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้น แลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง ลงมือปฏิบัติตามแผน สังเกตผลจากการปฏิบัติและวางแผนซ้ำจนกว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ให้ดีขึ้น (ชูศักดิ์ เอกเพชร, 2565) รวมทั้งการสร้างเสริมพลังอำนาจให้ความอิสระและสร้างจิตสำนึกให้เกิดขึ้นในปัจเจกบุคคลทำให้เข้าใจอย่างมี วิจารณญาณซึ่งจะเป็นพลวัตรของการพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดร้อยเอ็ด ให้มีคุณภาพมากขึ้น รวมถึงการเป็นต้นแบบในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั่วประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วมของ ก.พ.ร. (2558) และแนวคิดกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ UNESCO (2001) ในการขับเคลื่อนงานวิจัย ซึ่งมีความเชื่อมโยง ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แนวทางการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วมของ ก.พ.ร. (2558) และแนวคิดกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ UNESCO (2001) ในการขับเคลื่อนงานวิจัย ทำการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ดทุกคน จำนวน 249 คน ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2566 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา 2) เป็นผู้ที่ไม่มีแผนการถ่ายโอน ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย โดยกำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ หลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดการองค์กรแนวใหม่ โดยแนวทางการบริหารภาครัฐแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้น ผ่านความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 5 ชุด ประกอบด้วยเครื่องมือเชิงปริมาณ 3 ชุด และเครื่องมือเชิงคุณภาพ 2 ชุด มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและทัศนคติต่อองค์กรของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 2 ส่วน

1.1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ตัว อายุราชการ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ตำแหน่งที่ดำรงอยู่ในกรณีเป็นผู้ที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งไม่ถ่ายโอน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1.2) ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามทัศนคติต่อองค์กร จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ด้านความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อองค์กร ด้านทัศนคติที่ดีต่อเพื่อนร่วมงาน และด้านความรู้สึกว่าองค์กรเป็นที่พึ่งพาได้

2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการจัดการองค์กร และการปรับภารกิจ เป็นข้อคำถามมาตรวัดค่าเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ มีส่วนร่วมทุกครั้งหรือส่วนใหญ่มีส่วนร่วม บางครั้ง และไม่มีส่วนร่วม โดยจัดระดับการมีส่วนร่วม 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับการให้ข้อมูลข่าวสาร 2) ระดับการปรึกษาหารือ 3) ระดับร่วมปฏิบัติ 4) ระดับความร่วมมือต่อเนื่อง และ 5) ระดับเสริมอำนาจ

3) แบบประเมินความพึงพอใจบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อกระบวนการพัฒนา ได้แก่ 1) ด้านการจัดการโครงสร้างองค์กร 2) ด้านการปรับบทบาทภารกิจ 3) ด้านการจัดการกำลังคน และ 4) ด้านการประสาน โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert 5 ระดับ

2.2.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) แบบสนทนากลุ่มย่อยสำหรับการศึกษาศาสนาการณการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอระยะเปลี่ยนผ่าน

2) แบบสังเกตกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการ ดังนี้

3.1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง ได้แก่ หลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ฯ และเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ปรึกษาและรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

3.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้ทดลองใช้ (Try out) โดยการสอบถามบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และกลุ่มงานยุทธศาสตร์และประกันสุขภาพ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach) เท่ากับ 0.8017

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0722566 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2566 พัทธ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัย ได้ประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง ในประเด็นวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ของการให้ข้อมูล จะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และเอกสารข้อมูลต่างๆจะถูกทำลายโดยวิธีการย่อยสลายกระดาษภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นและหลังการได้รับการตีพิมพ์งานวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

1.2 ข้อมูลทัศนคติต่อองค์กรของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย จัดระดับทัศนคติแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert 5 ระดับ (Likert, 1967; อ้างอิงใน ละเอียด ศิลาโน้อย,2562)

1.3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2535)

1.4 ข้อมูลความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจหลังการพัฒนา วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย จัดระดับความพึงพอใจโดยใช้เกณฑ์การประเมินตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert 5 ระดับ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผลการศึกษาศาสนาการจัดการองค์กรและการกิจระยะเปลี่ยนผ่าน และ ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาข้อมูลทั่วไปและทัศนคติต่อองค์กรของกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาศาสนาการจัดการองค์กรและการกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอระยะเปลี่ยนผ่าน โดยจัดการสนทนากลุ่มย่อยตัวแทนผู้บริหารและปฏิบัติงาน พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลทุกมิติ

2. ระยะที่ 2 เป็นระยะการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนปฏิบัติการ ขั้นตอนการสังเกตการณ์ และขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ มีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน

1) สังเคราะห์สถานการณ์รูปแบบการจัดการองค์กรและปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอระยะเปลี่ยนผ่าน

2) ร่างหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ “การจัดการองค์กรแนวใหม่โดยการบริหารภาครัฐแบบมีส่วนร่วม” ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญแล้วปรับปรุงแก้ไข

3) เลือกทีมวิทยากรซึ่งเป็นผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ อำเภอละ 1 คน รวม 20 คน แบ่งทีมวิทยากรออกเป็น 5 ทีมๆละ 4 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นทีมวิทยากรประจำโซน

4) จัดประชุมกลุ่มเป้าหมายทุกคน เพื่อชี้แจงแนวทางการจัดกิจกรรมตามห้วงเวลาและขอความร่วมมือตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 5 รุ่น ระยะเวลารุ่นละ 1 วัน

2.2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ

1) ทีมวิทยากรดำเนินการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดการองค์กรแนวใหม่โดยแนวทางการบริหารภาครัฐแบบมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 5 รุ่นๆละ 1 วัน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมในการพัฒนาองค์กร รวมถึงการปรับภารกิจหลัก ภารกิจรอง และภารกิจสนับสนุนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2) จัดกิจกรรมศึกษาดูงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ พื้นที่ต่างจังหวัด ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ 20 คน และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 27 คน รวม 47 คน

- 3) ส่งเสริมสนับสนุนให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งจัดทำแผนการจัดการองค์กรและการปรับบทบาทภารกิจหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยได้แผนพัฒนาองค์กร จำนวน 20 ชุด
- 4) เลือกและพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้นแบบ 5 แห่ง โซนละ 1 แห่ง เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในโซน
- 5) ประสานเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการพัฒนา

2.3 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์

- 1) ผู้วิจัยและทีมวิทยากรประจำโซน ออกประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจ
- 2) ผู้วิจัยสร้างกลุ่มไลน์เพื่อใช้ในการสื่อสารและให้ชุดความรู้
- 3) จัดเวทีประชุมสาธารณสุขอำเภอ เดือนละ 1 ครั้ง

2.4 ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยและทีมวิทยากรจัดเวทีประชุม

ถอดบทเรียนและสกัดชุดความรู้ใหม่ในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

3. ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลการพัฒนา ดำเนินการ ดังนี้

- 1) ประเมินการมีส่วนร่วมของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการจัดการ องค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
- 2) ประเมินความพึงพอใจของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการพัฒนาด้านการจัดการองค์กรด้านการปรับภารกิจ ด้านการจัดการกำลังคนในการสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ และด้านการประสานงาน

ผลการวิจัย

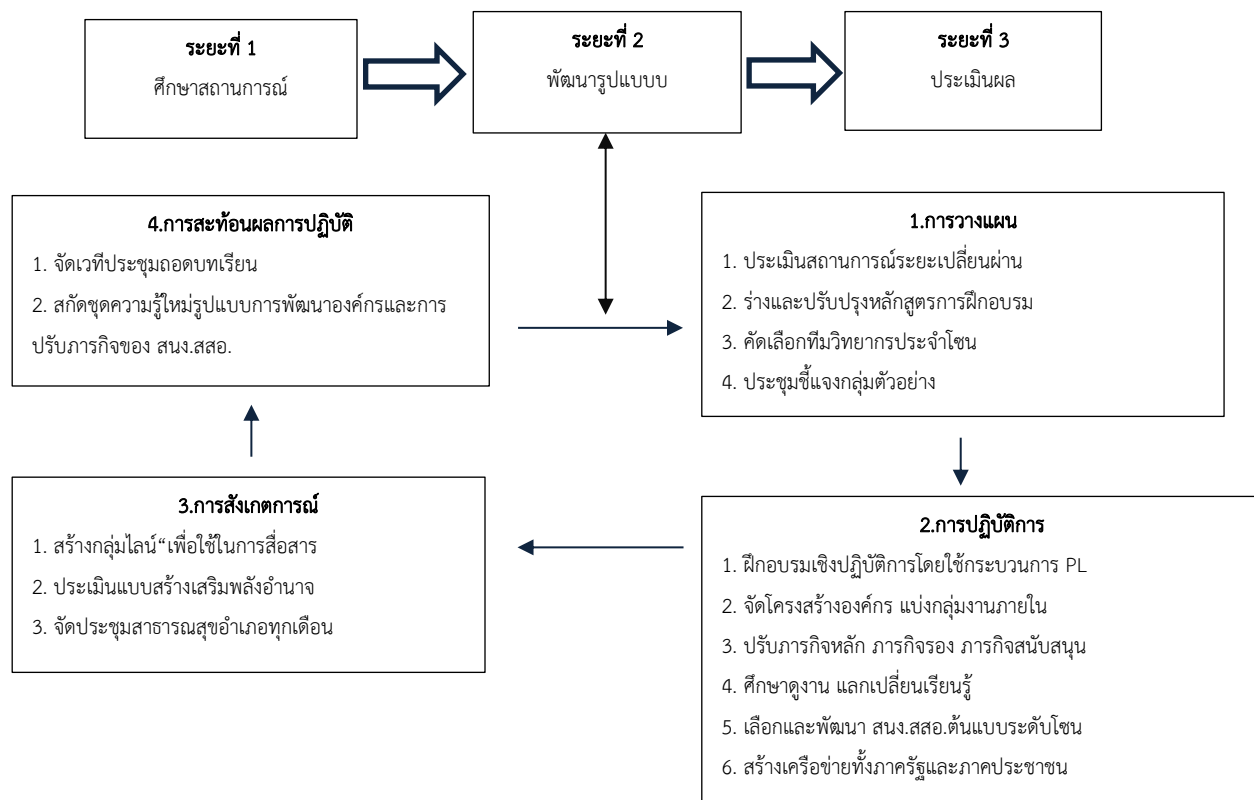
1. ข้อค้นพบ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

1.1 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 42.7 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี อายุราชการ 11-15 ปี ร้อยละ 37.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.4 จบการศึกษาระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 80.7 ดำรงตำแหน่งปัจจุบันนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 76.3 เป็นผู้ที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งไม่ถ่ายโอน จำนวน 140 คน โดยดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 116 คน ร้อยละ 82.9 และตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 24 คน ร้อยละ 17.1 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอส่วนใหญ่ น้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 46.6 และเป็นผู้ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 32.5 ด้านทัศนคติพบว่า กลุ่มตัวอย่าง

มีความรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อองค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 81.9 มีทัศนคติที่ดีต่อเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 42.9 และมีความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ยอมรับได้ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 96.8

1.2 ผลการศึกษาศาสนาการณการการจัดการองค์กรและภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่าก่อนถ่ายโอนมีบุคลากรประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง รวมจำนวน 109 คน เฉลี่ยแห่งละ 5-6 เมื่อมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้บุคลากรที่ไม่มีความประสงค์ถ่ายโอน จำนวน 140 คน ต้องได้ย้ายไปปฏิบัติราชการที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ตนเองสังกัด ทำให้มีจำนวนบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพิ่มมากขึ้นเป็น 249 คน เฉลี่ยแห่งละ 12.5 คน โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีการแบ่งกลุ่มงานภายในองค์กรอย่างชัดเจน จำนวน 9 แห่ง ร้อยละ 45.0 ซึ่งแบ่งเป็น 2-3 กลุ่มงาน ได้แก่ กลุ่มงานบริหาร กลุ่มงานวิชาการ และกลุ่มงานสนับสนุนบริการ โดยหัวหน้ากลุ่มงานเป็นผู้กำกับดูแลและมีคำสั่งมอบหมายงานให้แก่แต่ละคนรับผิดชอบอย่างชัดเจน ในขณะที่เดียวกันพบว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 11 แห่ง ร้อยละ 55.0 ที่ไม่ได้มีการแบ่งกลุ่มงานภายในองค์กร แต่ได้มีการมอบหมายงานให้แก่บุคลากรแต่ละคนรับผิดชอบ โดยผู้ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลคือผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งสรุปได้ว่ารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระยะเปลี่ยนผ่านจึงไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและเป็นประเด็นเปรียบเทียบในการจัดลำดับประเมินผลการพัฒนาตัวชี้วัดด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

2. ข้อค้นพบระยะที่ 2 รูปแบบการพัฒนาระบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติการ ขั้นตอนการสังเกตการณ์ และขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ ซึ่งทั้ง 4 ระยะ มีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการพัฒนาระบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

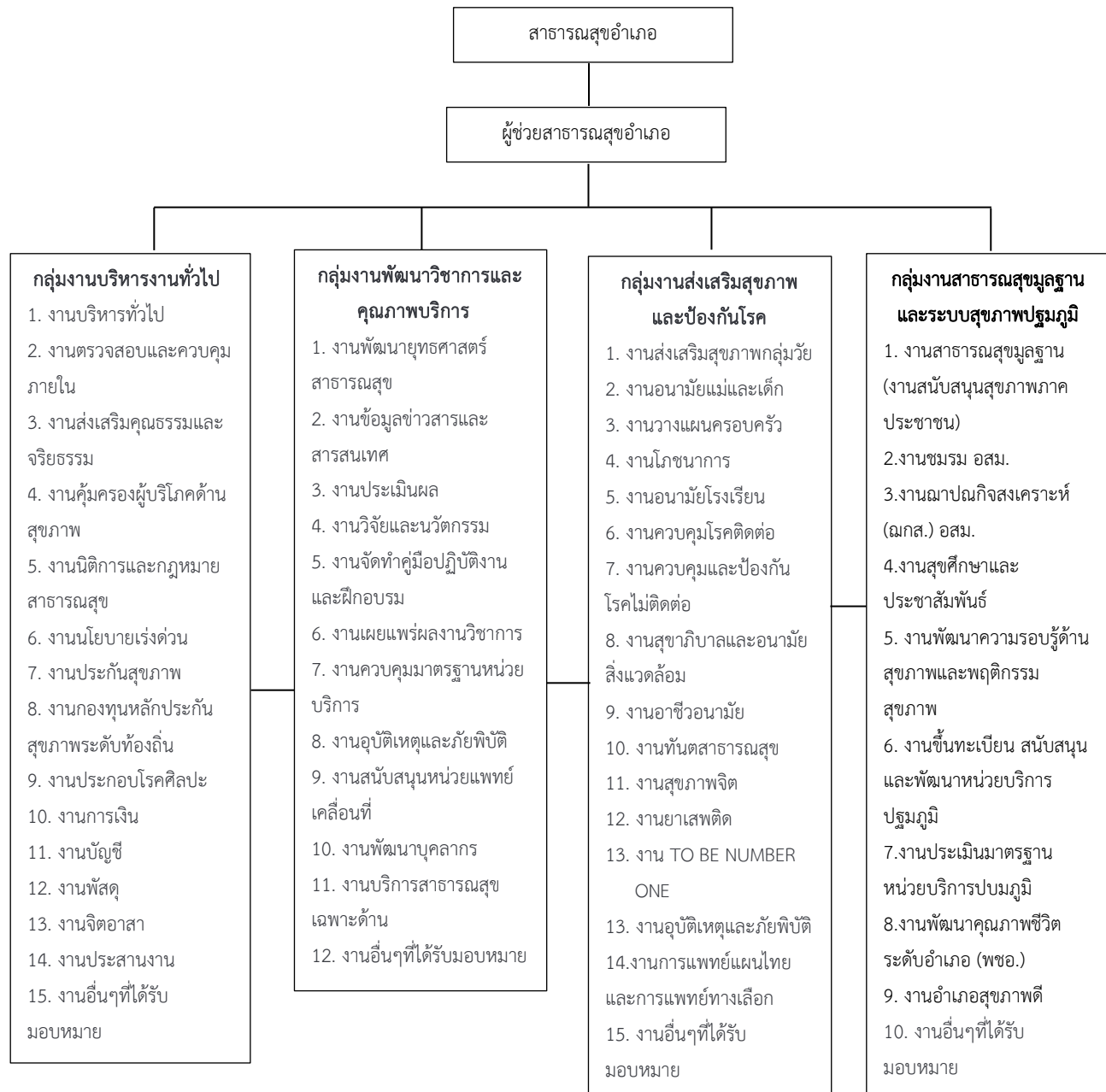
นอกจากนั้นบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งยังได้ร่วมกันออกแบบการจัดการองค์กรและปรับภารกิจ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการองค์กร 2) ด้านการปรับบทบาทภารกิจ 3) ด้านการจัดการกำลังคน และ 4) ด้านการประสานงาน โดยได้รูปแบบการพัฒนาองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่พัฒนาขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่พัฒนาขึ้น

ประเด็น	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
1.การจัดการ โครงสร้างองค์กร	ไม่มีการจัดโครงสร้างองค์กรหรือการ แบ่งกลุ่มงานภายใน รวมถึงไม่ได้กำหนด หน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละกลุ่มงาน ไว้อย่างชัดเจนและไม่เป็นไปในทิศทาง เดียวกัน	จัดการโครงสร้างองค์กรโดยแบ่งกลุ่มงานภายใน สนง. สสอ.ให้สอดคล้องกับบทบาทภารกิจที่ปรับปรุงใหม่ โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มงาน ได้แก่ 1) กลุ่มงานบริหารทั่วไป 2)กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ 3)กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 4)กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐม ภูมิ โดยกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละกลุ่มงาน ปรากฏในแผนภูมิที่ 3
2.การปรับบทบาท ภารกิจ	ไม่ได้มีการระบุภารกิจหลัก ภารกิจรอง และภารกิจสนับสนุน	มีการปรับภารกิจเป็น 3 ส่วน อย่างชัดเจน ได้แก่ 1. ภารกิจหลัก 5 ภารกิจ 1.1) พัฒนายุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น องค์กรเอกชนและ ภาคประชาสังคมในพื้นที่ 1.2) เร่งรัดการปฏิบัติงานตามนโยบายเร่งด่วนด้าน สุขภาพของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ ที่ 7 และจังหวัดร้อยเอ็ด 1.3) ดำเนินงานตามกฎหมายด้านสุขภาพและการ สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องรวมถึงการดำเนินงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสาธารณสุขและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 1.4) ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) 1.5) ส่งเสริม พัฒนา ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติ หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน พ.ศ. 2566

ประเด็น	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
		2. ภารกิจรอง 1 ภารกิจ คือ ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ซึ่งเป็นสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องในบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กับ องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด กรณีถ่ายโอน รพ.สต. 3.ภารกิจสนับสนุน 2 ภารกิจ ได้แก่ 3.1) การประสานงานและร่วมปฏิบัติงานกับส่วนราชการในระดับพื้นที่อำเภอ ตำบล 3.2) งานอื่นที่ได้รับมอบหมาย
3.การจัดการกำลังคน	มอบหมายให้บุคลากรรับผิดชอบงานเป็นรายบุคคล โดยไม่ได้ระบุพื้นที่รับผิดชอบ	มีคำสั่งมอบหมายให้บุคลากรใน สนง.สสอ. ทุกคนเป็นผู้ประสานงานและรับผิดชอบพื้นที่เป็นรายตำบลอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการจัดการระบบการทำงานในพื้นที่หลังการถ่ายโอนภารกิจรพ.สต.แบบไร้รอยต่อ
4.การประสานงาน	ไม่มีศูนย์ประสานงานของผู้บริหาร สนง.สสอ. และมีระบบการประสานงานของ สนง.สสอ.อย่างชัดเจน	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ รวมถึงจัดโครงสร้างองค์กรกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและจัดให้มีที่ตั้ง ที่ทำการกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ ณ สนง.สสอ.เมืองร้อยเอ็ด ทำให้เกิดความสะดวกในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประสานงานกับหน่วยงานอื่นอย่างเป็นระบบ

โดยมีการปรับโครงสร้างองค์กรและหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละกลุ่มงาน ดังปรากฏในแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างองค์กรและหน้าที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ข้อค้นพบระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนา โดยประเมิน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2) ความพึงพอใจในการจัดการองค์กร ปรากฏผลดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พบว่าโดยรวมบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.39 โดยมีส่วนร่วมมากที่สุดคือระดับการให้ข้อมูลข่าวสาร ค่าเฉลี่ย 1.45 และมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือระดับการเสริมอำนาจ ค่าเฉลี่ย 1.29 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละและค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ประเด็นระดับของการมีส่วนร่วม	ร้อยละ ระดับการมีส่วนร่วม (n=249)			$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
	ทุกครั้ง/ ส่วนใหญ่	บางครั้ง	ไม่มี			
1.การให้ข้อมูลข่าวสาร	214(85.9)	35(14.1)	-	1.45	0.46	สูง
2.ร่วมปรึกษาหารือ	181(72.7)	68(27.3)	-	1.41	0.44	สูง
3.ร่วมปฏิบัติ	205(82.3)	44(17.7)	-	1.43	0.48	สูง
4.ความร่วมมือต่อเนื่อง	187(75.1)	62(24.9)	-	1.39	0.52	สูง
5.การเสริมอำนาจ	67(26.9)	141(56.6)	41(16.5)	1.29	0.59	ปานกลาง
โดยรวม				1.39		สูง

3.2 ความพึงพอใจของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจ ได้ประเมินความพึงพอใจ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการองค์กร ด้านการปรับบทบาทภารกิจ ด้านการจัดการกำลังคนในการสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ และด้านการประสานภายในของกลุ่มสาธารณสุขอำเภอและการประสานงานกับหน่วยงานอื่น พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 78.7 รองลงมาคือระดับมาก และระดับปานกลาง ร้อยละ 18.9 และ ร้อยละ 2.4 ตามลำดับ โดยไม่มีผู้ที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับความพึงพอใจของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ต่อการจัดการองค์กรและปรับ
ภารกิจหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (n=217)	ร้อยละ
น้อยที่สุด	-	-
น้อย	-	-
ปานกลาง	6	2.4
มาก	47	18.9
มากที่สุด	196	78.7
โดยรวม	249	100

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลด้านทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อองค์กรที่พบว่ามีความรู้สึกมีความรู้สึกที่ตนมีความสำคัญต่อองค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 81.9 มีทัศนคติที่ดีต่อเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 42.9 และมีความรู้สึกว่าการองค์กรเป็นที่พึ่งพาได้อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 96.8 นั้น ถือว่าเป็นข้อมูลที่น่าพอใจส่งผลเชิงบวกในด้านสมรรถนะขององค์กรให้มีความคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นไปตามผลการศึกษาของ รมิตา ประวัติ (2564) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านประสบการณ์ในงานที่ปฏิบัติมีผลกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร คือ ด้านทัศนคติต่อเพื่อนร่วมงานและองค์กรด้านความรู้สึกว่าตนมีความสำคัญต่อองค์กรและด้านความรู้สึกว่าองค์กรเป็นที่พึ่งพาได้ และส่วนข้อมูลทั่วไปด้านอายุราชการของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่พบว่า ร้อยละ 32.5 เป็นผู้ที่มิมีระยะเวลาปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มากกว่า 15 ปี อาจจะส่งผลต่อความผูกพันที่ดีต่อองค์กรตามผลการศึกษาของ สมจิตร จันทรเพ็ญ (2557) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของเจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พบว่า ตัวแปรด้านรายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในสถาบัน ความท้าทายในการทำงาน ความก้าวหน้าในการทำงาน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการทำงาน ลักษณะการทำงานเป็นทีม เงินเดือนและสวัสดิการ การพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความสัมพันธ์ต่อผู้บังคับบัญชา ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนกิจ ยงยุทธ์และคณะ (2564) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาเพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของเรือนจำ อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับการพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง

จำแนกตามด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งการทำงาน อายุราชการ มีผลต่อระดับการพัฒนาสู่องค์กร
สมรรถนะสูงที่ไม่แตกต่างกัน และผลการศึกษาของธนภรณ์ พรณราย (2565) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ
ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ
อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประเภทบุคลากร ระยะเวลาการทำงาน และรายได้ต่อเดือน แตกต่างกัน มีระดับ
ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานการณ์การจัดการองค์กรและ
ภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระยะเปลี่ยนผ่าน ทำให้มีจำนวนบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอเพิ่มมากขึ้นเป็น 249 คน เฉลี่ยแต่ละ 12.5 คน เป็นบทบาทสำคัญของสาธารณสุขอำเภอที่จะต้องวางแผน
ออกแบบการจัดการองค์กรให้เหมาะสมกับจำนวนบุคลากรที่เพิ่มขึ้นและสอดคล้องกับขนาดพื้นที่รับผิดชอบทั้ง
อำเภอ โดยในระยะเปลี่ยนผ่านพบว่า มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีการจัดโครงสร้างองค์กรโดยมีการ
แบ่งกลุ่มงานภายใน จำนวน 9 แห่ง และมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 11 แห่ง ที่ไม่ได้มีการแบ่งกลุ่ม
งานภายในแต่ได้มีคำสั่งมอบหมายงานให้บุคลากรแต่ละคนรับผิดชอบ โดยผู้ทำหน้าที่ในการกำกับติดตามคือ
ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจที่ไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
อาจเป็นข้อสังเกตในการกำกับ ติดตามและการจัดลำดับที่คะแนนการประเมินผลงานของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

การพัฒนาารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดร้อยเอ็ด
พบว่าประกอบด้วย 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์นั้น ทำให้ได้ข้อมูลนำเข้าที่เพียงพอในการ
วางแผนพัฒนาในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะการพัฒนาารูปแบบการจัดการองค์กร โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน ซึ่ง
ผู้วิจัยได้ร่างและปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นได้คัดเลือก
ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเพื่อทำหน้าที่เป็นทีมวิทยากรประจำโซน รวมถึงการประชุมชี้แจงรายละเอียดในการ
ดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี โดยถือว่าเป็นการวางแผนที่มี
ความเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของดวงใจ เผ่าเวียงคำ (2564) ที่ได้ศึกษาผลกระทบของการวางแผน
แผนการปฏิบัติงานที่ดีที่มีต่อประสิทธิภาพการทำงานของผู้อำนวยการกองคลังสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย
พบว่าการวางแผนการปฏิบัติงานที่ดีด้านการมอบหมายการปฏิบัติตามแผน และด้านการดำเนินการตามแผน มี
ความสัมพันธ์และผลกระทบเชิงบวกกับประสิทธิภาพการทำงานและได้มีคำแนะนำในการวางแผนโดยเป็นไปอย่าง
เป็นระบบ ตามขั้นตอน ได้ผลลัพธ์ที่บรรลุเป้าหมาย ทันทเวลา และถูกต้องตรงตาม วัตถุประสงค์ของการทำงานใน
องค์กรและเกิดประโยชน์ในการตัดสินใจอย่างแท้จริง ส่วนขั้นตอนการปฏิบัติการซึ่งได้เริ่มจากการฝึกอบรมเชิง
ปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกคนได้มีส่วนร่วมใน

การแสดงความคิดเห็นในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจขององค์กร สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยูนันท์ ตามกาลและคณะ (2561) ที่พบว่าการพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามหลักวิถีชีวิตสีเขียวเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของครอบครัวเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การหาความรู้ เพิ่มเติม การทดลองใช้ ในชีวิตประจำวันซ้ำ การประเมินผลด้วยตนเอง และกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์สำคัญที่มุ่งสู่ ผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี มีเพียร (2563) ที่ได้ศึกษาการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยพบว่าการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม. ส่งผลทำให้ เด็กอายุ 12 ปี มีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นและปัญหาทันตสุขภาพลดลง เมื่อพิจารณาตำแหน่งของ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข และตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งได้มีการจัดโครงสร้างองค์กรรองรับโดยการเพิ่มกลุ่มงาน สาธารณสุข มูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติงานเวช ปฏิบัติร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ได้แก่ การจัดการบริการคลินิกโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังในชุมชน และงานบริการสุขภาพอื่นที่มีการปฏิบัติงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพระดับอำเภอและระดับ ตำบล เป็นการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดระบบในการส่งเสริม พัฒนา ดูแลกำกับกับการปฏิบัติงานของ อสม. ตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. พ.ศ. 2566 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) นอกจากนั้นยังได้มีการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการ องค์กรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหล่าเสือโก้ก และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โขงเจียม จังหวัด อุบลราชธานี เป็นการเพิ่มประสบการณ์ของทีมผู้บริหารและถือว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งในการยกระดับสมรรถนะ ของคณะผู้บริหาร รวมถึงการเลือกและพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้นแบบประจำโซน จำนวน 5 แห่ง เพื่อ เป็นพี่เลี้ยงและเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการองค์กรภายในโซน และได้เครือข่ายหน่วยงานภาครัฐใน การประสานงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล รวมถึงการเปิดโอกาสให้ภาคประชาชน คือ อสม.ได้มีส่วนร่วมใน การพัฒนาองค์กรและมีส่วนร่วมในการติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ สำหรับขั้นตอนการสังเกตการณ์โดยการเปิด กลุ่มไลน์ถือว่าได้ช่องทางในการสื่อสารและสนับสนุนสื่อและเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการชื่นชมผลงาน ภายในกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมไลน์กับการติดต่อสื่อสารภายในองค์กร (สามารถ อัยกร, 2558) ที่พบว่าโปรแกรมไลน์เป็นการติดต่อสื่อสารสองทางซึ่งเป็นลักษณะของการติดต่อสื่อสารในองค์กรที่มี ประสิทธิภาพ ทั้งการสร้างกลุ่มเฉพาะสำหรับการติดต่อสื่อสารไม่มีข้อจำกัดช่วงเวลา รวมถึงมีความหลากหลาย รองรับการส่งไฟล์ข้อมูลได้มากมายและที่สำคัญคือสามารถส่งผ่านข้อมูลได้ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว และ

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมธิ พิฑูรพงศ์ (2560) ที่ได้ศึกษาการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในกระบวนการทำงาน กรณีศึกษาบริษัทสหผลิตภัณฑ์พาณิชย์ จำกัด พบว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในกระบวนการทำงานในองค์กรช่วยให้การสื่อสารสะดวกรวดเร็วและประหยัดค่าใช้จ่าย สามารถสื่อสารด้วยภาพและเสียง ทำให้เข้าใจเรื่องกระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นยังมีการกำกับติดตามโดยการประเมินแบบเสริมสร้างพลังอำนาจสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งโดยผู้วิจัยและทีมวิทยากรประจำโซน ซึ่งพบว่าบุคลากรมีความกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงและกำกับการจัดการองค์กรด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดจัดการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจของ David M. Fetterman; อ้างอิงในดาร์เร็นท์ สำเนาสงฆ์ (2561) ที่กล่าวว่า การประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นแนวคิด เทคนิค และข้อค้นพบจากการประเมินไปกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงและกำกับตนเอง ผ่านกระบวนการประเมินตนเองและสะท้อนผลการประเมินตนเองได้และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยมีคำแนะนำว่าการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจโดยการเสริมพลัง พัฒนาศักยภาพผู้รับการนิเทศให้สามารถวิเคราะห์ ตัดสินใจหาทางเลือกได้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเจษฎา นันใจวงศ์ (2564) ที่ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้มีประสบการณ์ชีวิตในวงจรรยาเสพติด พบว่าการเสริมพลังอำนาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางความคิดของผู้ร่วมวิจัย ต่อสถานการณ์ยาเสพติด ความเข้าใจต่อชุดความรู้ ภาคปฏิบัติการของเรือนจำที่มีต่อผู้ต้องขังคดียาเสพติดและการวางแผนชีวิตของผู้ร่วมวิจัยต่อการกำกับตนเองออกมาจากยาเสพติดโดยมีครอบครัวอยู่เบื้องหลังและคอยเป็นพลังให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดการตระหนักรู้ต่อปัญหาเสพติด และสามารถที่จะนำตนเองออกมาจากยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน ส่วนขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติโดยจัดเวทีประชุมถอดบทเรียน เพื่อสกัดชุดความรู้ใหม่รูปแบบการพัฒนาองค์กรและการปรับภารกิจ ซึ่งพบว่าได้ปรับภารกิจออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ภารกิจหลัก ภารกิจรอง และภารกิจสนับสนุน และบุคลากรทุกคนได้ร่วมกันออกแบบการจัดการองค์กรและปรับภารกิจ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการองค์กร การปรับบทบาทภารกิจ ด้านการจัดการกำลังคนในการสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ และการประสานงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของณอมศิลป์ จันคณาภิตกุล (2562) ที่ได้ศึกษารูปแบบการจัดการสมัยใหม่ต่อความสำเร็จขององค์กรที่พบว่าการจัดการองค์กรธุรกิจในปัจจุบันผู้บริหารควรมีรูปแบบการจัดการที่เหมาะสม บริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ และมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ มีองค์ประกอบของการจัดการสมัยใหม่ 5 ด้าน ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การชั้นนำ การควบคุม การอำนวยความสะดวก ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสำหรับการจัดการองค์กรให้ประสบความสำเร็จ

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจ พบว่าโดยรวมบุคลากรมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง แต่ที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือระดับการเสริมอำนาจนั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะในการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ทีมวิทยากรระดับโซนเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้สามารถวิเคราะห์ ตัดสินใจหาทางเลือกได้ และพบว่าผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย บุคลากรส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยไม่มีผู้ที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยและระดับน้อยที่สุด ถือว่าเป็นการพัฒนาที่สนองตอบความต้องการของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นต่อไป โดยมีความสามารถในการทำงานเป็นทีม และมีความเสียสละในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของไกรสรพิกุลรัตน์ (2558) ที่ได้ศึกษาความมุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช พบว่าความมุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศ ประกอบด้วย การมีมนุษยสัมพันธ์ ความสามารถในการทำงานเป็นทีม ความเสียสละ และความมีน้ำใจ รวมถึงการใช้ข้อมูลเพื่อคิดวิเคราะห์ในการตัดสินใจ

การพัฒนาแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นไปตามแนวคิดกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ UNESCO (UNESCO, 2001 ; อังอิงในยุรนนท์ ตามกาล, 2561) ที่กล่าวว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วม สามารถเข้าถึงประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกัน แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มผู้เรียน และแนวคิดกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกรมสุขภาพจิต (2554) ที่กล่าวว่ากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะและทักษะ ซึ่งประกอบด้วยวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ผสมผสานกับการใช้กระบวนการกลุ่ม และสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุดหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การทำงานเป็นกลุ่มจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันและช่วยกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จ และเป็นไปตามคำแนะนำในการวิจัยของไชยพัทธ์ ฐริชัยวรรณท์ และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริหารงานคือ การรับรู้อำนาจหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของสาธารณสุขอำเภอ และระดับการศึกษา โดยมีข้อเสนอคือ ควรให้สาธารณสุขอำเภอสามารถบริหารจัดการ ด้านบุคลากร งบประมาณและพัสดุ การทำแผนยุทธศาสตร์ได้ ด้านการนำไปสู่การปฏิบัติ สาธารณสุขอำเภอควรมีการส่งเสริม สนับสนุนการสร้างนวัตกรรม งานวิจัยและการใช้เทคโนโลยี มีการบริหารงานธุรการและงานสารบรรณโดยใช้หลักธรรมาภิบาล มีการ

บริหารงานเชิงกลยุทธ์แบบมุ่งสัมฤทธิ์ มีการประสานงานกับภาคีเครือข่าย มีการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงาน มีการเอื้อเสริมพลังและให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่

องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผน โดยการประเมินสถานการณ์ ร่างและปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการบริหารภาครัฐแบบมีส่วนร่วม เลือกทีมวิทยากรประจำโซน และประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง 2) ขั้นตอนการปฏิบัติการ โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารภาครัฐแบบมีส่วนร่วมโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จัดโครงสร้างองค์กรแบ่งเป็น 4 กลุ่มงาน ปรับภารกิจหลัก 5 ภารกิจ ภารกิจรอง 1 ภารกิจ และภารกิจสนับสนุน 2 ภารกิจ รวมถึงการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้นแบบ และสร้างเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชน 3) ขั้นตอนการสังเกตการณ์ โดยสร้างกลุ่มไลน์ในการสื่อสาร ประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจ จัดเวทีประชุมติดตาม และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยประชุมถอดบทเรียนและสกัดชุดความรู้ บุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาอยู่ในระดับสูง และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการวิจัยครั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั่วประเทศที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่สามารถนำรูปแบบการพัฒนาระบบการบริหารงานภาครัฐและมีส่วนร่วมโดยกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาระบบการจัดการองค์กรและปรับบทบาทภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้งด้านการจัดการองค์กร ด้านการปรับบทบาทภารกิจ ด้านการจัดการกำลังคน รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ภายใต้บริบทที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาระบบการจัดการองค์กรและปรับบทบาทภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั่วประเทศ ทั้งด้านการจัดการองค์กร ด้านการปรับบทบาทภารกิจ ด้านการจัดการกำลังคน และการประสานงาน ภายใต้บริบทที่เหมาะสม

2.ควรเพิ่มโอกาสและเปิดช่องทางให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

หากมีการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยอยากเห็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) เพื่อออกแบบชุดความรู้ในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้วประเมินผลการจัดการองค์กรในประเด็นการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2554). **คู่มือฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : วงศ์กมลโปรดักชั่น จำกัด.

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงาน

ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560. สืบค้น 13 มิถุนายน 2566 จาก

https://www.skto.moph.go.th/document_file/aumnat.pdf.

กระทรวงสาธารณสุข. (2566).ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2566. สืบค้น 2 มิถุนายน 2566 จาก

https://www.hfocus.org/sites/default/files/files_upload/siththiidrabenginkhapwykar.pdf.

ไกรสร พิกุลรัตน์.(2566). ความมุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ) สงขลา : มหาวิทยาลัยทักษิณ.

เจษฎา นันใจวงษ์. (2564). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้กับผู้มีประสบการณ์ชีวิตในวงจรรยาเสพติด. วารสารสังคมศาสตร์ นิติรัฐศาสตร์, 4 (2),1-22. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ) สงขลา : มหาวิทยาลัยทักษิณ.

ไชยพัทธ์ ภูริชัยวรนนท์ และคณะ. (2561).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 5 (4),50-62.

ชูศักดิ์ เอกเพชร. (2565).การวิจัยปฏิบัติการ ACTION RESEARCH. สืบค้น 4 มิถุนายน 2566

จาก <https://graduate.sru.ac.th/wp-content/uploads/2018/11/Action-Research-1.pdf>.

ดวงใจ เฝ้าเวียงคำ. (2564). ผลกระทบของการวางแผนการปฏิบัติงานที่ดีที่มีต่อประสิทธิภาพการทำงานของ
ผู้อำนวยการกองคลังสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 37(1), 88-97.

ดาร์รัตน์ สำเภาสงฆ์. (2561). การประยุกต์ใช้การประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการ
และนิเทศงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ). สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ถนอมศิลป์ จันคนากิตติกุล และคณะ.รูปแบบการจัดการสมัยใหม่ส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กร. วารสารวิทยาลัย
บัณฑิตเอเชีย. 9 (2), 64-68.

ธนกิจ ยงยุทธ์และคณะ. (2564). การพัฒนาเพื่่มุ่งสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของเรือนจำ อำเภอย้ายบาดาล
จังหวัดลพบุรี. วารสารการบริหารปกครอง (Governance Journal),10 (1), 475-497.

ธนภรณ์ พรหมราย. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดสงขลา. (สารนิพนธ์ หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสน
ศาสตร์). สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธีรพงศ์ ประดิษฐ์กุล.(2565).ทฤษฎีองค์การและการจัดการสมัยใหม่. สืบค้น 18 มิถุนายน 2566 จาก
<https://www.thaiprint.org/2020/12/vol128/knowledge128-03/>.

ยุรนันท์ ตามกาล และคณะ. (2561). การพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตามหลักวิถีชีวิตสีเขียว เพื่อ
เสริมสร้างสุขภาวะของครอบครัว. Journal of HRintelligence, 13(1), 20-45.

รมิตา ประวัติ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ
ศรีราชา. (งานนิพนธ์ การศึกษาตามหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). ชลบุรี : คณะการจัดการและการ
ท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยบูรพา.

ละเอียด คีลน้อย. (2562). การใช้มาตรฐานค่าในการศึกษาวิจัยทางสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์
การโรงแรม และการท่องเที่ยว. วารสารบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 8 (15), 112-126.

วิรงรอง สิงห์ยะยุทธ์. (2564) การพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับคณะกรรมการประสานงาน
สาธารณสุข ระดับอำเภอและสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ อำเภอเสลภูมิ
จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ,1 (2) ,14-32.

- สมจิตร จันทรเพ็ญ. (2557).ความผูกพันต่อองค์การของเจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน).
(การศึกษางานวิชาการค้นคว้าอิสระ หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต การบริหารพัฒนาสังคม).
กรุงเทพฯ.คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สมิธ พิturพงศ์. (2560). การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในกระบวนการทำงาน กรณีศึกษาบริษัทสหผลิตภัณฑ์
พาณิชย์ จำกัด.(การค้นคว้าอิสระ หลักสูตร นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสื่อสารการตลาด
ดิจิทัล). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- สามารถ อัยกร. (2558). โปรแกรมไลน์กับการติดต่อสื่อสารภายในองค์กร. JOURNAL OF
NAKHONRATCHASIMA COLLEGE, 9 (1),102-107.
- สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.(2565). การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วน
จังหวัด. สืบค้น 18 มิถุนายน 2566 จาก<https://www.hfocus.org/content/2021/12/23865>.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ(ก.พ.ร.). (2566).การบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วม.
สืบค้น 8 มิถุนายน 2566 จาก <https://www.opdc.go.th/content/Mjc4Nw>.
- อัญชลี มีเพียร. (2563). การพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพในการจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี
อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2563. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 14(33),107-125.



พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาดของประชาชน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ธิดารัตน์ แก้วคำ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาด ประชากรคือ ประชาชนที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2567 จำนวน 2,177 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 343 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (92.40%) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.286$, $P\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

E-mail : somzasapai2553@gmail.com

Preventive behavior of coronavirus disease 2019 (COVID-19) after the outbreak of people in the area of HatKruat Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Uttaradit Province.

Thidarat Kaewcom¹

Abstract

This descriptive research aimed to study the association between health literacy and behavior of COVID-19 prevention after the outbreak. Population in this study consisted of 2,177 peoples which be registered list name in HatKruat Subdistrict Health Promoting Hospital Muang District, Uttaradit Province, in fiscal year 2024. The sample size calculating used Daniel formula for 343 cases, and systematic random sampling was determining for collecting data. Data collected by questionnaire composed of 3 parts including, characteristics, health literacy and behavior of COVID-19 prevention. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.96 Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The result shown that health literacy including; access skill, cognitive skill, communication skill, decision skill, self-management skill, media literacy skill. Health literacy had the mean score with in high level (92.40%) ($\bar{X}$ =2.94, S.D.=0.24). Health perception was positive associated with behavior of COVID-19 prevention after the outbreak among peoples which be registered list name in HatKruat Subdistrict Health Promoting Hospital Muang District, Uttaradit Province, with statistics significantly ($r=0.286$, $P\text{-value}<0.001$).

Keywords: Health literacy, behavior of COVID-19 prevention, Corona virus 2019

¹public health technical officer, Professional Level, HatKruat Subdistrict Health Promoting Hospital, Muang District, Uttaradit Province, E-mail : somzasapai2553@gmail.com

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกได้รับผลกระทบอย่างมาก โดยจุดเริ่มต้นของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นเกิดจากเชื้อไวรัสที่ชื่อว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV2) จัดเป็นไวรัสตัวที่ 7 ของตระกูลโคโรนาไวรัสเช่นเดียวกับโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (SARS) ซึ่งเชื้อไวรัสสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้จากการ ไอ จาม หรือสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วย โดยพบผู้ติดเชื้อรายแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2562 และภายในระยะเวลาไม่กี่เดือน พบว่า การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีการระบาดไปในหลายประเทศทั่วโลก World Health Organization (WHO) จึงได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นการระบาดใหญ่ หรือ Pandemic (World Health Organization: WHO, 2020) จากการรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2565 พบว่า ยอดผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลก 622 ล้านราย มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมกว่า 6.5 ล้านราย (คิดเป็นร้อยละ 1.05 ของจำนวนผู้ติดเชื้อ) วันที่ 15 พฤษภาคม 2566 พบว่า มีผู้ติดเชื้อสะสม 766,440,796 ราย และมีผู้เสียชีวิต 6,932,591 ราย ซึ่งประเทศที่พบผู้ติดเชื้อมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 46,693,111 ราย ประเทศอินเดีย มีผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 34,388,579 ราย และประเทศบราซิล มีผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 21,897,025 ราย (กรมอนามัย, 2566)

สำหรับประเทศไทย จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ระบาดไปทั่วโลก กรมควบคุมโรค ได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ตั้งแต่ 4 มกราคม ๒๕๖๓ เพื่อตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเริ่มคัดกรองหาผู้ติดเชื้อที่ช่องทางเข้าออกประเทศ ประเทศไทยได้ตรวจพบคนไข้คนแรกวันที่ 8 มกราคม พ.ศ.2563 และเริ่มมีการยืนยันจำนวนผู้ติดเชื้อปริมาณมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ป่วยที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยมีผล บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID - 19 เป็น โรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย (งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดมาตรการป้องกัน การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน คือ มาตรการ D-M-H-T-T-A คือ D : Distancing เว้นระยะระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น M : Mask wearing สวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา H : Hand washing ล้างมือบ่อย ๆ จัดให้มีจุดบริการเจลล้างมืออย่างทั่วถึงเพียงพอ T : Temperature ตรวจวัด

อุณหภูมिर่างกายก่อนเข้าใช้บริการ เพื่อคัดกรองผู้ใช้บริการที่อาจไม่สบาย T : Testing ตรวจหาเชื้อโควิด 19 และ A : Application ติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” และ “หมอชนะ” ก่อนเข้า-ออกสถานที่ทุกครั้ง ในส่วนมาตรการเฝ้าระวังในพื้นที่ของเจ้าหน้าที่ เน้นการคัดกรอง และการคัดแยก แนวทางที่สำคัญในการควบคุมการระบาดของโควิด 19 ที่ได้ผลอย่างยั่งยืน คือ การที่ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องและเหมาะสม (กรมควบคุมโรค, 2564) ส่งผลให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องมีการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ การใช้มาตรการ D-M-H-T-T-A กลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ที่เกิดขึ้น พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดอุดรดิตถ์ พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นรายแรก เดือน เมษายน 2563 พบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 3 ราย อัตราป่วย 0.67 ปี 2564 พบผู้ติดเชื้อสะสม 4,619 ราย อัตราป่วย 10.32 เสียชีวิต จำนวน 63 ราย อัตราป่วยตาย 1.36 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2564) กระทรวงสาธารณสุขปรับลดมาตรการป้องกันควบคุมโรคโควิดจาก ‘โรคติดต่ออันตราย’ ซึ่งประกาศมาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2563 เป็น ‘โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง’ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดในประเทศดีขึ้น กล่าวคือแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลดลง และความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิดอยู่ในระดับสูง ขณะเดียวกัน รัฐบาลก็ยกเลิก พ.ร.ก. ฉุกเฉิน ซึ่งประกาศใช้มา 2 ปีครึ่ง และยุบศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ตามไปด้วย ปี 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 80,830 ราย อัตราป่วย 18.06 เสียชีวิต จำนวน 16 ราย อัตราป่วยตาย 0.02 จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดอุดรดิตถ์ วันที่ 18 พฤศจิกายน 2566 พบผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 139,320 ราย เสียชีวิตสะสม 186 ราย จากสถานการณ์ข้อมูลการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดอุดรดิตถ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2563-2565 และในปี 2564 มีอัตราป่วยตายสูงกว่าอัตราป่วยตายของประเทศไทย และต่อมามีแนวโน้มลดลงคล้ายกับสถานการณ์ของประเทศไทย เนื่องจากการประกาศเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2566)

ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาด ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งเคยเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง แม้เราจะผ่านระยะระบาดหนักของโรคนี้ไปแล้ว อย่างไรก็ตามโควิด 19 ยังไม่หมดไป จากข้อมูลพบว่าประเทศไทยยังคงมีผู้ติดเชื้อโควิด 19 และยังมีผู้ป่วยจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงผู้เสียชีวิตเพิ่มจำนวนขึ้น ทั้งนี้ยังไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่า ไวรัสโควิด 19 สายพันธุ์ที่ระบาดในปัจจุบัน ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น แต่เชื่อมีความสามารถในการแพร่ระบาดได้รวดเร็วขึ้น ประกอบกับประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน

ตนเองลดลง เป็นเหตุให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ประชาชนบางส่วนในประเทศไทย ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนหรือได้รับวัคซีนไม่ครบ ทำให้เกิดการขาดการรับรู้ด้านสุขภาพ นำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่ดี ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาประเด็นการรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ, การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้กับประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด จังหวัดอุดรธานี และเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่ออุบัติซ้ำ และภัยสุขภาพอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อดำเนินงานควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาดของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พ.ศ.2567 จำนวน 2,177 คน เกณฑ์การคัดเข้าคือ ประชาชนที่มีอายุ 20-59 ปี และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 343 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อประชาชนเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว การป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประวัติสมาชิกในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประวัติการได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาตรการ D-M-H-T ประกอบด้วย Distancing เว้นระยะระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น, Mask wearing สวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา, Hand washing ล้างมือบ่อยๆ จัดให้มีจุดบริการเจลล้างมืออย่างทั่วถึงเพียงพอ และ Temperature ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.96

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

4. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เอกสารรับรองเลขที่ UPHO REC 037/2567 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.20%) อายุระหว่าง 30-55 ปี (66.50%) ($\bar{X}$ =44.33, S.D.=10.760, Min=20, Max=60) สถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (63.30%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (42.60%) และมีเพียง 16.30% ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (36.70%) รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร (25.90%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 4,000-10,000 บาท (56.90%) ($\bar{X}$ =10,014.26, S.D.=10,904.98, Min=800, Max=90,000) สิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิบัตรทอง (80.20%) โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (25.70%) และโรคเบาหวาน (3.20%) กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (57.70%) และสมาชิกในครอบครัวมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (67.90%) และประวัติการได้รับวัคซีนของประชาชน ส่วนใหญ่ฉีดวัคซีน 3 เข็ม (52.20%)

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (92.40%) ($\bar{X}$ =2.94, S.D.=0.24) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.92, S.D.=0.25) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.94, S.D.=0.24) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.94, S.D.=0.25) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{X}$ =2.89, S.D.=0.31) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($\bar{X}$ =2.86, S.D.=0.35) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X}$ =2.84, S.D.=0.37) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ (n=343)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1.การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	322	93.90	21	6.10	0	0	2.94	0.24
2.ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	324	94.50	18	5.20	1	0.30	2.94	0.25
3.การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	314	91.50	29	8.50	0	0	2.92	0.28
4.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	290	84.50	52	15.20	1	0.30	2.84	0.37
5.การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	295	86.00	48	14.00	0	0	2.86	0.35
6.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	305	88.90	38	11.10	0	0	2.89	0.31
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	317	92.40	21	6.10	0	0	2.94	0.24

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง (81%) ($\bar{X}$ =2.81, S.D.=0.39) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูงจำแนกรายด้าน ได้แก่ เว้นระยะระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น ($\bar{X}$ =2.81, S.D.=0.39) ล้างมือบ่อยๆ จัดให้มีจุดบริการเจลล้างมืออย่างทั่วถึงเพียงพอ ($\bar{X}$ =2.81, S.D.=0.43) ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย ($\bar{X}$ =2.68, S.D.=0.43) สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ($\bar{X}$ =2.66, S.D.=0.47) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ (n=343)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เว้นระยะระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น	278	81.00	65	19.00	0	0	2.81	0.39
2. สวมหน้ากากผ้าหรือ หน้ากากอนามัยตลอดเวลา	228	66.50	115	33.50	0	0	2.66	0.47
3. ล้างมือบ่อยๆ จัดให้มีจุด บริการเจลล้างมืออย่างทั่วถึง เพียงพอ	281	81.90	57	16.60	5	1.50	2.80	0.43
4. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย	241	70.30	93	27.10	9	2.60	2.68	0.52
ภาพรวม								
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	278	81.00	65	19.00	0	0	2.81	0.39

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.286$, $P\text{-value}<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ (n=343)

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.286	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.311	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.248	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	0.254	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.195	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
5. การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.277	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
6. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.280	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

การอภิปรายผล

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย Distancing เว้นระยะระหว่างบุคคล หลีกเลี้ยงกำรสัมผัสกับผู้อื่น, Mask wearing สวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา, Hand washing ล้างมือบ่อยๆ จัดให้มีจุดบริการเจลล้างมืออย่างทั่วถึงเพียงพอ และ Temperature ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการ ผลการวิจัยพบว่ามีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (81%) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เกวลี ดวงกำเนิด และคณะ (2563) อธิบายได้ว่ำ อาจเป็นผลเนื่องจากประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรเอกชนผ่านทางสื่อต่าง ๆ หลาย ช่องทางอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการได้รับบริการเชิงรุกจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยข้อมูล

ข่าวสารที่ประชาชนได้รับเกี่ยวข้องกับความรู้ความแข็งแรงของโรค มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค การรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคทั้งในประเทศและต่างประเทศ การรายงานผู้ติดเชื้อ ผู้เสียชีวิต ผู้ที่หายกลับบ้านเป็นประจำทุกวัน เน้น ความสำคัญของการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่าย และมีอาการรุนแรง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น ประชาชนอาจรับรู้เกี่ยวกับภัยคุกคามที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับตนเองและประชาชนทุกคน อาจเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากในชุมชนมีการประชาสัมพันธ์การควบคุม ป้องกันและติดตามอย่างใกล้ชิดให้ประชาชนเฝ้าระวังและป้องกันตนเองทุกครั้งเวลาออกนอกสถานที่

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 6 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอธิบายได้ว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง การจัดการสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้อย่างเหมาะสม รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา, 2554)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.286$, $P\text{-value}<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง เยาวกุล (2565) และเบญจมาพร อาดัม เจริญ และคณะ (2564) อธิบายได้ว่า เมื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเพิ่มขึ้นพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเพิ่มขึ้นไปด้วย สอดคล้องตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ต้องมีทักษะและความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โดยอธิบายได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีผลทางตรงทำให้บุคคล มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพจะดีตามไปด้วย เนื่องจากจะมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ จัดการตนเอง และสามารถรู้เท่าทันสื่อได้ ทั้งนี้ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น จะต้องมีความรู้ด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน เป็นพื้นฐาน เนื่องจากทักษะด้านการสื่อสารดังกล่าวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพราะการสื่อสารที่มี

ประสิทธิภาพจะนำมาปรับเปลี่ยนข้อมูลสื่อสาร และพัฒนาตนเอง เมื่อได้มีการนำสู่การปฏิบัติก็จะทำให้บุคคลเกิดทักษะการปฏิบัติ ทำให้เกิดผลต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการผลการวิจัย

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนยังมีทักษะด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องน้อยที่สุด ยังไม่สามารถประเมินข้อดีข้อเสีย ก่อนตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และใช้เหตุผลในการตัดสินใจเลือกวิธีป้องกันโรค ได้ว่ามีความเหมาะสมกับตัวเองอย่างไร ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการแก้ไขปัญหาในชุมชนให้มีทักษะในการประเมินข้อดีข้อเสียและใช้เหตุผลในการตัดสินใจเลือกวิธีป้องกันโรค เพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

2) ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค กับประชาชนในพื้นที่ โดยเน้นการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อโรคและภัยสุขภาพ

3) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในด้านการสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติที่น้อยที่สุด เนื่องจากประชาชนรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีอยู่ แต่ความรุนแรงลดลง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการใส่หน้ากากอนามัยให้มีความสำคัญสามารถป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ ได้ ตลอดจนป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่นได้ โดยสวมหน้ากากอนามัยเป็นประจำเมื่อต้องอยู่สถานที่แออัด หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นในที่สาธารณะ จะช่วยป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรค

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564).แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19).สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง.นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.สืบค้น

จาก <https://ddc.moph.go.th>

กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชน. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ. เอกสารเผยแพร่โดย อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์รองอธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <http://www.anamai.moph.go.th/ppf2017/Download.pdf>.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19.

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมการพิมพ์.

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2553). โครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ปีงบประมาณ 2553-2554.

เกวลี ดวงกำเนิด และคณะ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต, 4(2): 25-33.

ดาวรุ่ง เยาวกุล. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. (ปริญาวิทยาสตรมหาบัณฑิต สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยบูรพา.

เบญจมาพร อาตัมเจริญ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารพยาบาล, 71(3), 27-35.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิษฐ์, 2566. สืบค้นจาก <http://uto.moph.go.th/covid19/dashboard>

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.

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

Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences.

(9thed). New York: John Wiley & Sons.

- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-8.
- Nutbeam D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int. J Public Health*, 54, 303-305.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization. Geneva.
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization. Geneva, 1-10.
- WHO. (2009). *Health literacy and health promotion. definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region*. 7th Global conference on health promotion promoting health and development. Nairobi, Kenya.



ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี

นรรต น้อยทัน¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประชากรคือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี พ.ศ.2567 จำนวน 128 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 106 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส. แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจข้อมูล การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการสุขภาพตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และการรู้เท่าทันสื่อ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (89.60%) ($\bar{X}=2.90$, S.D.=0.31) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.267$, P-value=0.006)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี, E-mail: mr.nathut@gmail.com

Health literacy associated with health behavior among hypertension risk group, Nam-ang Health Promotion Hospital, Tron District, Uttaradit Province

Nathut Noithan¹

Abstract

This descriptive research aimed to study association between health literacy and health behavior among hypertension risk groups. Population in this study consisted of 128 peoples which be registered list name in Nam-ang Health Promotion Hospital, Tron District, Uttaradit Province, in fiscal year 2024. The sample size calculating used Daniel formula for 106 cases, and systematic random sampling was determining for data collecting. Data collected by questionnaire composed of 3 parts including, characteristics, health literacy and health behavior of hypertension risk groups. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.89. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The result shown that health literacy including; access, cognitive, communication skill, self-management, media literacy, decision skill. Overall health literacy score had the mean score with in high level (89.60%) ($\bar{X}$ =2.90, S.D.=0.31). Health literacy was positive associated with health behaviors among high blood pressure in risk groups which be registered list name in Nam-ang Health Promotion Hospital, Tron District, Uttaradit Province, with statistics significantly ($r=0.267$, $P\text{-value}=0.006$).

Keywords: Health literacy, health behavior, hypertension risk groups

¹Public health technical officer, Professional Level, Nam-ang Health Promotion Hospital, Tron District, Uttaradit Province, E-mail: mr.nathut@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อม ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชน ทำให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ และมีแนวโน้มที่รุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2562 พบว่า ประชากรอายุ 30-79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลก ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และที่สำคัญพบว่า ไม่ทราบว่าตนเองป่วยมากถึง 46% และมีเพียง 42% ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา (กองโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, 2565)สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562-2566 พบว่า ข้อมูล พ.ศ.2562 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 6,085,027 ราย พ.ศ.2563 มีจำนวน 6,317,675 ราย พ.ศ.2564 มีจำนวน 6,629,887 ราย พ.ศ. 2565 มีจำนวน 6,845,476 ราย และใน พ.ศ. 2566 มีจำนวน 7,090,117 ราย และจากรายงานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2567 (ข้อมูล ณ วันที่ 27 เมษายน 2567) พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12,865,685 คน (ร้อยละ 66.24) เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130-139 / 85-89 mmHg จำนวน 1,200,013 คน (ร้อยละ 9.33) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140-179 / 90-109 mmHg จำนวน 669,193 คน (ร้อยละ 5.20) และเป็นกลุ่มป่วยที่มีค่าความดันโลหิต $\geq 180/110$ mmHg จำนวน 36,936 คน (ร้อยละ 0.29) ข้อมูลย้อนหลัง พ.ศ.2563-2566 พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.14, 7.68, 8.07 และ 8.47 ตามลำดับ และพบข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ 3.91, 4.10, 4.12 และ 4.59 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

จังหวัดอุดรธานี พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวน 123,366 คน (ร้อยละ 88.04) เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 18,524 คน (ร้อยละ 15.02) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 9,866 คน (ร้อยละ 8.00) และเป็นกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 419 คน (ร้อยละ 0.37) ข้อมูลย้อนหลัง ปี พ.ศ.2563-2566 พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.12, 14.94, 16.22 และ 15.99 ตามลำดับ และพบข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ 7.23, 7.53, 8.24 และ 8.86 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2567) อำเภอดูนาวัง พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2567 มีจำนวน 8,010 คน (ร้อยละ 95.91) พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,985 คน (ร้อยละ 24.78) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 636 คน (ร้อยละ 7.94) และเป็นกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 0.19) ข้อมูลย้อนหลัง ปี พ.ศ.2563-2566 พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน

โลหิตสูง ร้อยละ 14.55, 19.12, 21.23 และ 22.41 ตามลำดับ และพบข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ 6.74, 6.40, 8.57 และ 10.62 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2567) สำหรับปัญหาการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2567 มีจำนวน 1,076 คน (ร้อยละ 94.80) เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 128 คน (ร้อยละ 11.90) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 82 คน (ร้อยละ 7.434) และเป็นกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.09) ข้อมูลย้อนหลัง ปี พ.ศ.2563-2566 พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.21, 11.55, 9.92 และ 9.86 ตามลำดับ และพบข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ 8.13, 6.33, 11.16 และ 8.75 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2567) จากแนวโน้มของผู้ที่มีความเสี่ยงและสงสัยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตที่เพิ่มมากขึ้น จึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ ที่อาจทำให้บุคคลกลุ่มนี้กลายเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ในอนาคต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง และเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนาแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ 2ส.

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ พ.ศ.2567 จำนวน 128 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับ

การคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) อยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) อยู่ระหว่าง 85-89 มิลลิเมตรปรอท เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 106 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วย

โรคความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัว ความถี่ในการตรวจวัดความดันโลหิต การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจข้อมูล การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการสุขภาพตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และการรู้เท่าทันสื่อ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ 2ส. ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจคัดกรองสุขภาพ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.89

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

4. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เอกสารรับรองเลขที่ COA No.035/2567 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (53.80%) อายุระหว่าง 50-70 ปี (65.10%) ($\bar{X}$ =62.03, S.D.=9.73, Min=40, Max=82) สถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (77.40%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (88.70%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (69.80%) มีเพียง 14.20% ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,500-10,000 บาท (79.20%) ($\bar{X}$ =6,655.66, S.D.=11,308.94, Min=1,000, Max=100,000) สิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิบัตรผู้สูงอายุ (51.90%) มีเพียง 5.70% ใช้สิทธิข้าราชการ กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (24.50%) ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง (13.2%) โรคเบาหวาน (4.70%) กลุ่มตัวอย่างมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (32.10%) ความถี่ในการตรวจวัดระดับความดันโลหิตมากที่สุด คือ 3 เดือนต่อครั้ง (42.50%) รองลงมาคือตรวจวัดระดับความดันโลหิตเดือนละครั้ง กับตรวจวัดระดับความดันโลหิตปีละครั้ง มีจำนวนเท่ากัน (22.60%) การสูบบุหรี่เป็นประจำในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (84.90%) และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการดื่มเป็นประจำ (56.60%)

ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (89.60%) ($\bar{X}$ =2.90, S.D.=0.31) เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.93, S.D.=0.25) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.84, S.D.=0.37) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.81, S.D.=0.39) การรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{X}$ =2.56, S.D.=0.50) การจัดการสุขภาพตนเอง ($\bar{X}$ =2.54, S.D.=0.50) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ($\bar{X}$ =2.51, S.D.=0.52) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี (n=106)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	99	93.40	7	6.60	-	-	2.93	0.25
2. ความรู้ความเข้าใจข้อมูล	89	84.00	17	16.00	-	-	2.84	0.37
3. การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	86	81.10	20	18.90	-	-	2.81	0.39
4. การจัดการสุขภาพตนเอง	57	53.80	49	46.20	-	-	2.54	0.50
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	55	51.90	50	47.20	1	0.90	2.51	0.52
6. การรู้เท่าทันสื่อ	59	55.70	47	44.30	-	-	2.56	0.50
ภาพรวม	95	89.60	11	10.40	-	-	2.90	0.31
ความรู้ด้านสุขภาพ								

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับสูง (71.70%) ($\bar{X}$ =2.72, S.D.=0.45) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการไม่สูบบุหรี่ ($\bar{X}$ =2.89, S.D.=0.32) ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X}$ =2.68, S.D.=0.47) การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X}$ =2.65, S.D.=0.52) และด้านการคัดกรองสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.42, S.D.=0.60) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียน ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ความรู้และทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายแห่งหนึ่งของอำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี (n=106)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การรับประทานอาหาร	72	67.90	34	32.10	-	-	2.68	0.47
2. การออกกำลังกาย	31	29.20	73	68.90	2	1.90	2.27	0.49
3 . ก า ร จั ด ก า ร ความเครียด	33	31.10	71	67.00	2	1.90	2.29	0.50
4. การไม่สูบบุหรี่	94	88.70	12	11.30	-	-	2.89	0.32
5. การไม่ดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	71	67.00	33	31.10	2	1.90	2.65	0.52
6. การดูแลสุขภาพ	51	48.10	49	46.20	6	5.70	2.42	0.60
ภาพรวม	76	71.70	30	28.30	-	-	2.72	0.45
พฤติกรรมสุขภาพ								

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.267$, $P\text{-value}=0.006$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน
จังหวัดอุดรธานี (n=106)

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ด้านสุขภาพ	0.267	0.006*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
1. การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.086	0.381	ไม่พบความสัมพันธ์
2. ความรู้ความเข้าใจข้อมูล	0.068	0.490	ไม่พบความสัมพันธ์
3. การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	0.232	0.017*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4. การจัดการสุขภาพตนเอง	0.090	0.361	ไม่พบความสัมพันธ์
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	0.213	0.028*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
6. การรู้เท่าทันสื่อ	0.029	0.765	ไม่พบความสัมพันธ์

*ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง (71.70%) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจคัดกรองสุขภาพ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอุมา พลชา และคณะ (2567) พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ.2 ส. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ การตรวจคัดกรองสุขภาพและเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงประจำปี มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (88.60%)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูล, ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ, ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง, ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และการรู้เท่าทันสื่อ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.006$) สามารถอธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเองการจัดการสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2000) สอดคล้องกับแนวคิดของกองสุศึกษากระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง 1) ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรค และสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี มีการสร้างความตระหนักในการช่วยกันป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้แก่คนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชนได้ (กองสุศึกษา, 2554) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุมา พลชา และคณะ (2567) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.009$) และการศึกษาของ จุลลดา เหมโส (2567) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value<0.001) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วันวิสา ยะเกียงจำ และคณะ (2563) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value<0.01)

การสื่อสารข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value=0.017) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การสื่อสารข้อมูลสุขภาพเป็นความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ซึ่งพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างสะดวก อีกทั้งสามารถซักถามข้อมูลสุขภาพ หรือข้อสงสัยต่างๆ จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ง่ายขึ้น เนื่องจากที่ตั้งของสถานบริการสาธารณสุขอยู่ในชุมชน มีระยะไม่ไกล การเดินทางสะดวกรวดเร็ว รวมถึงการมีและใช้เทคโนโลยีอย่างเช่น โทรศัพท์สมาร์ทโฟน การใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line) รับส่งข้อมูลข่าวสาร ทำให้การสื่อสารทำได้ง่ายขึ้นกว่าที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ ความรู้ หรือแนวทางการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันโรคกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านได้ซึ่งเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมทำให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น สอบถามกับผู้ที่มีความรู้ อธิบายความรู้ให้ผู้อื่นเข้าใจ เป็นการเพิ่มความสามารถทางสุขภาพให้สูงขึ้น ตามแนวคิดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญเรือน และคณะ (2567) พบว่า การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของในสตรีอายุ 30–60 ปี เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านนาจาน ตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value<0.001)

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value=0.028) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้วอาการไม่ดีขึ้น รวมถึงการหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายและอารมณ์เพื่อเฝ้าระวังความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้และสามารถนำความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ผลการวิจัยผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอุมา พลชา และคณะ (2567) พบว่า ด้านการตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.043)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.90 และ ร้อยละ 67 ตามลำดับ บุคลากรสาธารณสุขและองค์กรชุมชน ควรมีการจัดกิจกรรม รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างนิสัย การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับอายุและวิถีชีวิต โดยการเพิ่มการประชาสัมพันธ์ กระตุ้นเตือน และนำเสนอวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ตลอดจนการจัดหาอุปกรณ์ สถานที่ออกกำลังกาย รวมถึงการส่งเสริมการทำสมาธิ ฝึกการหายใจ หรือส่งเสริมกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน สิ่งแวดล้อม ผู้คนรอบข้าง หรือสภาพเศรษฐกิจและสังคมเป็นระยะ
2. ควรมีการพัฒนาสื่อสารสนเทศตามเทคโนโลยีที่มีในปัจจุบัน และเผยแพร่ผ่านช่องทางออนไลน์ Youtube, Line, facebook page ของหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นช่องทางในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และสามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงได้อย่างสะดวก รวดเร็ว
3. ควรมีการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). Health Data Center สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>. เข้าถึงเมื่อ 27 เมษายน 2567.
- กองโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565) . กรมควบคุมโรค แนะนำประชาชนใส่ใจสุขภาพ. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php>. เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567.
- ขวัญเรือน สุขเพ็ญ, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ.(2567) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30–60 ปี เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน ตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ท; 5(2): 47-58.
- จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. Region 3 Medical and Public Health Journal 2023 สืบค้นจาก <https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/13180> เข้าถึงเมื่อ 27 เมษายน 2567.

จุลลดา เหมโส. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน; 9(1): 114-152

วันวิสา ยะเกียงงำ, นิชาธิย์ ใจคำวัง, พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์; 15(2). 97-116

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. (2567). Health Data Center. เข้าถึงจาก <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>. สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2567

อรอุมา พลชา, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ.(2567) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น; 5(2): 196-207.

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.

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

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

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259-267.



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

นฤมล กอทอง¹, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 510 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 231 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.858 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ความรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.869$, $P\text{-value}<0.001$) ดังนั้น ผู้วิจัยจะนำตัวแปรจากผลการวิจัยนี้ มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรม, ระดับความดันโลหิต

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

E-mail: Naluemonkorkong@gmail.com

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร E-mail: Amornsakpoum1@gmail.com

The association between health literacy, health behavior and Blood Pressure Level Controlling among In Hypertension Patients at Nong Kathao Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province.

Naluemong Korkong¹, Amornsak Poum²

Abstract

This descriptive research aimed to study health literacy associated with behavior of blood pressure level control among hypertension patients at Nong Kathao Sub-district Health Promoting Hospital, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province, in fiscal year 2023. Population in this study consisted of 510 hypertension patients which be registered at Nong Kathao Sub-district Health Promoting Hospital, and the sample size calculating used Daniel formula for 231 cases, and systematic random sampling was determine for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 3 parts including, characteristics, health literacy, behavior of blood pressure level control. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.858. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The result showed that health literacy associated with behavior of blood pressure level control among hypertension patients with statistic significantly at 0.05 level including; health literacy ($r=0.869$, $P\text{-value}<0.001$). Thus, researcher should be applying all significant factors to develop the program of health promotion behavior of blood pressure level controlling among hypertension patients at Nong Kathao Sub-district Health Promoting Hospital, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province.

Keywords: Hypertension, Health Literacy, Behavior, Blood pressure level

¹Registered Nurse, Professional Level, Nong Kathao Subdistrict Health Promoting Hospital,

E-mail: Naluemongkorkong@gmail.com

²Faculty of Public Health, Naresuan University, E-mail: Amornsakpoum1@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ด้วยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ.2025) โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมัน การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ จนนำมาสู่การะโรคที่เพิ่มขึ้น ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในรอบ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) เพิ่มขึ้นจาก 13.07 ต่อแสนประชากร (จำนวน 8,525 คน) เป็น 14.48 ต่อแสนประชากร (จำนวน 9,444 คน) ตามลำดับ และจากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2565 จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก ปี 2564 จำนวน 2 แสนคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง และจากการประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 ล้านคน จะสูญเสียค่ารักษาทั้งสิ้น 80,000 ล้านบาทต่อปี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากร (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2566)

จากระบบรายงานมาตรฐานคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data Center : HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพิษณุโลก มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามสถานการณ์ประเทศ ดังข้อมูลในปี พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 118,523 คน เป็น 132,298 คน ตามลำดับ และพบผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีลดลงจาก ร้อยละ 63.92 เป็น ร้อยละ 60.31 ตามลำดับ ในเขตอำเภอนครไทย พบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 11,043 คน เป็น 11,997 คน ตามลำดับ และพบผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีลดลงจาก ร้อยละ 74.82 เป็น ร้อยละ 72.38 ตามลำดับ และในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว พบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 1,015 คน เป็น 1,047 คน ตามลำดับ และพบผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีจากร้อยละ 77.37 เป็น ร้อยละ 78.47 ตามลำดับ (ระบบรายงานมาตรฐาน (HDC) กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

การให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว ในปี พ.ศ.2565 ยังพบปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) การผิคนัดพบแพทย์ 2) การขาดยา/รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 3) การปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ. 2ส.ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รสชาติเค็ม ขาดการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับ

ความดันโลหิตได้ จำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ตามคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ 6) การรู้เท่าทันสื่อและการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีช่วยลด หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าลง (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จึงเป็นแนวทางให้เกิด การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ “เข้าถึง เข้าใจ นำไปใช้” ในการดูแลตนเองและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจและการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมบนพื้นฐานบริบทวิถีชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้หลักการพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม - กันยายน พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว ปีงบประมาณ 2566 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 510 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 30-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งมีค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างที่วัดค่าได้ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทาง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมองและไต เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 231 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาป่วย เป็นโรค ประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรค ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลและโรคประจำตัวอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ,การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ. 2ส.และการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน)

ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.858

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ PREC 022-2567 ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2566

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียน ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ความรู้และทัศนคติ และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายแห่งหนึ่งของอำเภอดง จังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายของอำเภอดง จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ 2567 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 713 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, 2567) เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ของอำเภอดง จังหวัดภูเก็ต นักเรียนมีความสามารถในการอ่านเขียนได้ ไม่มีความพิการทางสายตา เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาด

เคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 275 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อนักเรียนเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของนักเรียน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย ลักษณะการพักอาศัย รายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะส่วนบุคคลของนักเรียน ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ของบิดา ระดับการศึกษาของมารดา อาชีพของบิดา อาชีพของมารดา

ส่วนที่ 3 ความรู้ด้านเพศสัมพันธ์, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียน ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 3 ระดับคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ(Bloom, 1975) ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 60 %) ระดับปานกลาง (คะแนน 61-79 %) ระดับสูง (คะแนน80-100 %)

ส่วนที่ 4 ทักษะการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, สาเหตุการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมของนักเรียน ประกอบด้วย พฤติกรรมการลดความเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 4, 5 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.99

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เอกสารรับรองเลขที่ PKPH009/67

ผลการศึกษาวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.70%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50 ถึง 65 ปี (72.70%) % ($\bar{X}$ =59.50, S.D.=6.42, Min=36, Max=70) มีสถานภาพสมรสคู่ แต่งงานหรืออยู่ด้วยกัน (84.80%) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (84.80%) ช่วงระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระหว่าง 5 ถึง 10 ปี (46.30%) ($\bar{X}$ =7.36, S.D.=4.32, Min=1, Max=20) มีโรคประจำตัวอื่นๆ (58.00%) เป็นโรคเบาหวาน (50.74%) โรคไขมันในเลือดสูง (29.10%) โรคไตเรื้อรัง (11.20%) โรคเก๊าท์ (8.96%)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (69.30%) ($\bar{X}$ =3.81, S.D.=0.37) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($\bar{X}$ =3.99, S.D.=0.47) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{X}$ =3.98, S.D.=0.50) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($\bar{X}$ =3.84, S.D.=0.46) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($\bar{X}$ =3.76, S.D.=0.51) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X}$ =3.72, S.D.=0.56) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{X}$ =3.56, S.D.=0.47) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=231)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1.การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	184	79.70	44	19.00	3	1.30	3.98	0.50
2.ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	167	72.30	62	26.80	2	0.90	3.99	0.47
3.การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	156	67.50	74	32.00	1	0.40	3.84	0.46
4.การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	143	61.90	85	36.80	3	1.30	3.76	0.51
5.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	135	58.40	94	40.70	2	0.90	3.72	0.56
6.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	111	48.10	116	50.20	4	1.70	3.56	0.47
รวม								
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	160	69.30	71	30.70	-	-	3.81	0.37

พฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (74.90%) ($\bar{X}=3.82$, S.D.=0.35) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด ($\bar{X}=4.58$, S.D.=0.48) การไม่สูบบุหรี่ ($\bar{X}=4.42$, S.D.=0.93) การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X}=4.10$, S.D.=1.06) การรับประทานอาหาร ($\bar{X}=3.49$, S.D.=0.48) การจัดการความเครียด ($\bar{X}=3.46$, S.D.=0.63) การออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.10$, S.D.=0.71) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=231)

ด้านพฤติกรรมกรรมการควบคุม ระดับความดันโลหิต	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1.การรับประทานอาหาร	89	38.50	136	58.90	6	2.60	3.49	0.48
2.การออกกำลังกาย	37	16.00	164	71.00	30	13.00	3.10	0.71
3.การจัดการความเครียด	74	32.00	150	64.90	7	3.00	3.46	0.63
4.การไม่สูบบุหรี่	192	83.10	26	11.30	13	5.60	4.42	0.93
5.การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	163	70.60	50	21.60	18	7.80	4.10	1.06
6.การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด	217	93.90	14	6.10	-	-	4.58	0.48
รวมพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต	173	74.90	58	25.10	-	-	3.82	0.35

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($r=0.665$, P-value<0.001) ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($r=0.561$, P-value<0.001) ความรอบรู้ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($r=0.561$, P-value<0.001) ความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($r=0.507$, P-

value<0.001) ความรอบรู้ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r=0.398$, P-value<0.001) ความรอบรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($r=0.485$, P-value<0.001) ตามลำดับ

ตารางที่ 16 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.869	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
1.การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.665	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2.ความรู้ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ	0.561	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
3.การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.561	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4.การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.507	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
5.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.398	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
6.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.485	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

หมายเหตุ * ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

การอภิปรายผลและสรุปผล

พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (74.90%) ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2566) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตเครือข่ายโรงพยาบาลสวรรคประจักษ์ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 69.9%)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่

ถูกต้องและการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Nutbeam, 2000) ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (69.30%) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถใช้ทักษะทางสติปัญญา และทักษะทางสังคมส่วนบุคคลในการเข้าถึงและทำความเข้าใจในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตนเอง จากผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.869$, $P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง การจัดการสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา, 2564) สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) กล่าวว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง 1) ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคและสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี มีการสร้างความตระหนักในการช่วยกันป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้แก่คนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชนได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉัตรสกุล แมบจันทิก และลัษวิปิยะบัณฑิตกุล (2565) ทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.112$, $P\text{-value}=0.028$) และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2566) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตเครือข่ายโรงพยาบาลสวรรคพรชารักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.15$, $P\text{-value}<0.01$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1.1 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ในทุกด้าน โดยส่งเสริมทักษะการค้นหาข้อมูล คิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อนเชื่อถือในข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ และบุคคลอื่น เพื่อนำมาตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและสุขภาพที่ดีขึ้น

1.2 ควรออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ตระหนักถึงผลเสียต่อสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิต ในด้านการรับประทานอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆเพิ่มเติมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เพื่อจะได้ทราบรายละเอียดเชิงลึก นำไปสู่การส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพถูกต้องเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **คู่มือการจัดกิจกรรมเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยเรียนและกลุ่มวัยทำงาน**.
นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **รายงานการประชุมปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ**
วันที่ 23 มิถุนายน 2564 ณ ห้องประชุมกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จังหวัดนนทบุรี.
กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(อัตสำเนา).
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **คู่มือแนวทางการดำเนินงานสุศึกษา เพื่อลดอัตราการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ในโรคความดันโลหิตสูง**. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566, จาก <https://www.hed.go.th/linkHed/443>
- กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (18 มกราคม 2566). **แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2560-2564**. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566, จาก <https://www.thaincd.com/2016/mission3>
- จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2565). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. Region 3 Medical and Public Health Journal 2023,20(3),117-23.
- ฉัตรสกุล แมบจันทิก และ ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2565). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา**. วารสารร่วมพฤษ มหาวิทยาลัยเกริก ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565.
- ระบบรายงานมาตรฐาน (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. **สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพิษณุโลก ปี 2563-2565**. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9
- Best, J.W. (1977). **Research is Evaluation. (3 rd ed.)**. Englewood cliffs : N.J. Prentice Hall.
- Cronbach. (1997). **Essentials of Psychological Testing**. New York : Harper and Row.
- Daniel W.W. (2010). **Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences**. (9thed.). New York : John Wiley & Sons.



Nutbeam D. (2000). **Define and measuring health literacy**: what can we learn from literacy studies?. International Journal Health, 54(5), 303-305.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

ปณภัช ประสานวรกิจการ¹, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประชากรคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการรักษาด้านโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 212 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 136 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเอง ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (87.50%) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ($r=0.326$, $P\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ระดับน้ำตาล, เบาหวานชนิดที่ 2

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก, E-mail: lotions@hotmail.com

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก, E-mail: Amornsakpoum1@gmail.com

Factor associated with blood sugar control behavior among people with type 2 diabetes at Bo Pho Sub-district Health Promoting Hospital area, Bo Pho Sub-district, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province.

Panapat Parsamvorakitkarn¹, Amornsak Poum²

Abstract

This descriptive research aimed to study the association between health literacy and behavior of blood sugar level control among type 2 diabetes mellitus patients. Population in this study consisted of 212 type 2 diabetes mellitus patients drawn from name list which be registered in diabetic mellitus clinic at Bo Pho Sub-district Health Promoting Hospital, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province. The sample size calculating used Daniel formula for 136 cases, and systematic random sampling was determining for collecting data. Data collected by structured interview composed of 3 parts including, characteristics, health literacy and behavior of blood sugar level control. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.85 Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The result shown that health literacy including; access skill, cognitive skill, communication skill, media literacy skill, self-management skill, decision skill had the mean score with in high level (87.50%). Health literacy was positive association with behavior of blood sugar level control among type 2 diabetes mellitus patients with statistics significantly ($r=0.326$, $P\text{-value}<0.001$).

Keywords : Health literacy, Blood sugar level, Type 2 diabetes mellitus

¹Registered Nurse Professional Level, Bo Pho Sub-district Health Promoting Hospital, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province, E-mail: lotions@hotmail.com 089-8568760

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก, E-mail: Amornsakpoum1@gmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลก พบว่า ประชากรทั่วโลกมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 415 ล้านคน อีกทั้งสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์เอาไว้ว่าในปี ค.ศ.2040 จะมีประชาชนทั่วโลกเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงถึง 642 ล้านคน และจากรายงานขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 16 กันยายน 2565 มีการรายงานว่าโรคไม่ติดต่อคร่าชีวิตประชากรทั่วโลกถึง 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรทั่วโลก และเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานรวมทั้งโรคไตที่เกิดจากการป่วยโรคเบาหวาน 2 ล้านคน (World Health Organization, 2016) สำหรับประเทศไทยโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อ หรือ Non Communicable Diseases (NCDs) มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัยหรือร่วมหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิก ซึ่งกองโรคไม่ติดต่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค สอดคล้องตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ภายใต้วิสัยทัศน์ ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับมาตรฐานสากล ภายในปี 2580 จากข้อมูล Health DaTa Center (HDC) ประเทศไทย ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 พบว่าในปี 2563 -2565 มีอัตราผู้ป่วยเบาหวาน 470.20, 481.40, 541.00 ต่อแสนประชากร พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ในปี 2562 -2564 มีอัตราการเสียชีวิต 25.30, 25.05, 24.55 ต่อแสนประชากร (กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2564)

สถานการณ์โรคเบาหวานเขตจังหวัดพิษณุโลก จากข้อมูล Health DaTa Center (HDC) จังหวัดพิษณุโลก ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงขึ้นโดยปี พ.ศ.2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 55,068, 62,983, 65,608 คน ตามลำดับและมีอัตราการเสียชีวิต ในปี 2564-2566 10.66, 10.20, 10.00 ต่อแสนประชากร (กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2565) และอำเภอ นครไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงเป็นลำดับที่ 4 จาก 9 อำเภอ โดยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ.2564-2566 มีจำนวนเท่ากับ 5,240 5,755, 6,001 คน ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับอำเภอที่มีขนาดประชากรใกล้เคียงกัน คืออำเภอบางระกำมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 5,499 6,500, 6,730 คน และอำเภอพรหมพิราม ในปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 6,210 6,687, 7,114 คน ตามลำดับ ซึ่งอำเภอนครไทยมีจำนวนผู้ป่วยสูงเป็นลำดับที่ 3

สถานการณ์เขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จากข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 20 แห่ง พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2564-2566 เท่ากับ 222, 243, 251 คน ตามลำดับ ซึ่งสูงเป็นลำดับที่ 8 จาก 20 แห่ง และเมื่อเปรียบเทียบกับตำบลที่มีประชากรใกล้เคียงกัน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนครชุม ปี พ.ศ.2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 202, 208, 215 คน ตามลำดับ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางโกนอน ปี 2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 272, 314, 335 คน ตามลำดับ ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ สูงเป็นลำดับที่ 2 เห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด อีกทั้งในปี 2564-2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน 100.55, 100.15, 100.56 ต่อแสนประชากรซึ่งมีแนวโน้มสูงกว่าในระดับจังหวัด และการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว ในปี พ.ศ.2565 ยังพบปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) การผิมนัดพบแพทย์ 2) การขาดยา/รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 3) การปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ. 2ส.ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รสชาติเค็ม ขาดการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับ

ความดันโลหิตได้ จำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ตามคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ 6) การรู้เท่าทันสื่อและการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีช่วยลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าลง (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จึงเป็นแนวทางให้เกิดการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ “เข้าถึง เข้าใจ นำไปใช้” ในการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจและการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมบนพื้นฐานบริบทวิถีชีวิตระดับประเทศ จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2566 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์, 2566)

จากการศึกษาวิจัยอื่นๆในหลายพื้นที่ ที่ผ่านมามีพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน ประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจ, การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ชินตา เตชะวิจิตรจารุและคณะ (2561), จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2563), และอดิเทพ

ดารดาช (2565) แต่ในระดับพื้นที่อำเภอนครไทยยังไม่เคยมีการสะท้อนปัญหาตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างทั้งในด้าน ชาติพันธุ์ วัฒนธรรมกับพื้นที่อื่นๆ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้รับผิดชอบงาน Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอของอำเภอนครไทย ทั้งยังรับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ มีความสนใจศึกษาพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้ขึ้นทะเบียนรับบริการในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำผลการศึกษาวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนางานควบคุม ป้องกันโรค อีกทั้งนำมาบูรณาการในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

3. วิธีการ

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 2) ความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการรักษาศูนย์โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านนาตาดี บ้านเนินสวรรค์ บ้านโคกคล้าย บ้านโคกเนินทอง และบ้านใหม่อนามย์ โดยอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 212 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาต่อเนื่อง ไม่ขาดนัดรับยา มารับยาไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2566 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ มีปัญหาทางการได้ยินจนไม่สามารถตอบคำถามได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 136 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเอง ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.85

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

3.4 จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ 012/2566 ลงวันที่ 22 มกราคม 2567

4. ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (77.94%) มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (49.23%) ($\bar{X}$ =62.18, S.D.=10.609, Min=41, Max=88) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (22.79%) และมีผู้สูงอายุที่คู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก (71.32%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (62.50%) และมีผู้ป่วยเบาหวานที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่ามัธยมศึกษา (19.85%) สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท (49.48%) ($\bar{X}$ =4,633, S.D.=6,388.71, Min=600, Max=30,000) ส่วนใหญ่ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ/เลี้ยงดูบุตรหลาน (80.15%) ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ดูแลตนเอง (79.14%) ประวัติการมีโรคประจำตัวอื่นๆ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคประจำตัว (71.32%) โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยเบาหวานป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (51.47%)

ความรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (87.50%) ($\bar{X}$ =2.88, S.D.=0.332) เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.73, S.D.=0.523) ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.69, S.D.=0.524) ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{X}$ =2.69, S.D.=0.524) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{X}$ =2.70, S.D.=0.636) ด้านการตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X}$ =2.77, S.D.=0.438) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก (n=136)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้ด้านสุขภาพ	119	87.50	17	12.50	-	-	2.88	0.332
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	144	76.50	27	19.90	5	3.70	2.73	0.523
2. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	18	13.24	63	46.32	55	40.44	1.72	0.682
3. ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ	98	72.10	34	25.00	4	2.90	2.69	0.524
4. ด้านการจัดการตนเอง	107	78.70	16	11.80	13	9.60	2.69	0.638
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	108	79.40	15	11.00	13	9.60	2.70	0.636
6. ด้านการตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง	106	77.90	29	21.30	1	0.70	2.77	0.438

พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ภาพรวมผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลระดับสูง (78.70%) ($\bar{X}=3.88$, S.D.=0.425) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับสูงจำแนกรายด้านพบว่า การรับประทานอาหาร ($\bar{X}=2.74$, S.D.=0.439) การออกกำลังกาย ($\bar{X}=2.65$, S.D.=0.480) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก (n=136)

พฤติกรรมควบคุมระดับ น้ำตาล	ระดับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การรับประทานอาหาร	101	74.30	35	25.10	-	-	2.74	0.439
2. การออกกำลังกาย	88	64.70	48	35.30	-	-	2.65	0.480
3. การจัดการอารมณ์	50	36.76	83	61.03	3	2.21	2.01	0.086
4. การไม่ดื่มสุรา/ไม่สูบบุหรี่	29	21.30	102	75.00	5	3.70	2.18	0.470
ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ	107	78.70	29	21.30	-	-	3.58	0.239

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.326$, P-value<0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ด้านสุขภาพ	0.326	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	0.308	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.148	0.085	ไม่พบความสัมพันธ์
3. ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ	0.254	0.003	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4. ด้านการจัดการตนเอง	0.232	0.007	มีความสัมพันธ์ทางบวก
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.264	0.004	มีความสัมพันธ์ทางบวก
6. ด้านการตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.246	0.002	มีความสัมพันธ์ทางบวก

5. การอภิปรายผล

พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลระดับสูง (78.70%) เนื่องจากการที่บุคคลจะมีสุขภาพดีและมีความสุขจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลที่เกิดจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ ซึ่งการดูแลรักษาและการป้องกันผลข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งผู้ป่วยทุกคนจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองและสามารถซักถามปัญหาหรือข้อข้องใจในการปฏิบัติตน ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีการดูแลตนเองอย่างเฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพของโอเร็ม กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีการดูแลสุขภาพที่จำเป็น โดยการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ การควบคุมน้ำหนักตัว การอยู่ในที่อากาศบริสุทธิ์ ปราศจากมลพิษและการหลีกเลี่ยงอบายมุขและสิ่งเสพติด เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (Orem, 1995)

ความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเอง ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (87.50%) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อติเทพ ดารดาษ (2566) ,ยวิษฐา สุขวาสนะ, อรพินท์ สีขาว, ทวีศักดิ์ กสิผล. (2563) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 44.9) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจะทำให้เกิดพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาล มีความรู้ความเข้าใจและเข้าถึงข้อมูล ได้รับข้อมูลข่าวสารและทราบถึงความเสี่ยงของโรค และการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน จากเหตุผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ได้กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถที่จะรู้เข้าใจสุขภาพของตนเอง ประเมินสุขภาพและปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและนำไปใช้ในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพของตนเอง หากมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอแล้ว เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารก็สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองได้และสามารถบอกแนะนำต่อบุคคลอื่นได้ แสดงว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการการควบคุมระดับน้ำตาลและสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดี มีการสร้างความตระหนักในการปรับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานในทางกลับกันบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่าและมักจะเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แย่กว่า (Nutbeam, 2000) สอดคล้องกับแนวคิด European Health Literacy Consortium กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการอ่านออกเขียนได้ของประชาชน และเป็นตัวกำหนดกรอบความรู้ แรงจูงใจของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ใช้ข่าวสารด้านสุขภาพที่จะใช้ตัดสินใจต่อการตัดสินใจในการที่จะทำหรือไม่ทำอะไรในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพเพื่อธำรงรักษาสุขภาพหรือปรับปรุงสุขภาพตนเอง เพื่อให้เกิดคุณภาพที่ดีตลอดทุกช่วงวัยของชีวิต (HLS-EU Consortium, 2012)

6. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังมีทักษะด้านการตัดสินใจ ปฏิบัติที่ถูกต้องน้อยที่สุด ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละช่วงอายุ ตลอดจนมีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ทดลองปฏิบัติตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดทักษะในด้านการตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง มีกิจกรรมการให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล ร่วมกับการใช้สื่อต่างๆ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน

2) จากข้อมูลระดับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยังมีพฤติกรรมจัดการด้านอารมณ์ พฤติกรรมด้านการไม่ดื่มสุรา/การไม่สูบบุหรี่ น้อยกว่าด้านอื่นๆ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรมีการจัดโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีการฝึกปฏิบัติการจัดการด้านอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา/การไม่สูบบุหรี่ ทำให้ทราบถึงเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในแนวทางที่ดี

7. เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือ การดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ.2ส. ของแกนนำสุขภาพ. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุศึกษา.
- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข .(2565).ทบทวนตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพ บริการด้านโรคไม่ติดต่อ พ.ศ.2563-2566.นนทบุรี:ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2563).ความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. (โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์), 142-155.
- จินดา เตชะวิจิตรจำรู และคณะ (2561) ได้ทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- ยวิษฐา สุวาสนะ, อรพินท์ สีขาว, ทวีศักดิ์ กสิผล. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. ราชวดีสาร (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์), 11(1), 52-65.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์.(2566). รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566 พิษณุโลก:ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราช



กุมาริ และสมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย .แนวทางสำหรับเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน ปี 2566. (2566). กรุงเทพฯ : บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

อดิเทพ ดารดาช.(2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในอำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก (มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก)

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.

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

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

Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. Health Promotion International. 15(8) printed in Great Britain.

World Health Organization (WHO). (2009). Health literacy and health promotion. Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual empowerment conference working document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and development. Nairobi, Kenya; 26-30.

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.

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

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

HLS-EU Consortium. (2012). Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU. [Online] Available from: www.HEALTH-LITERACY.EU.

Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. Health Promotion International. 15(8) printed in Great Britain.

World Health Organization (WHO). (2009). Health literacy and health promotion. Definitions,

concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual empowerment conference working document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and development. Nairobi, Kenya; 26-30.



ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่ อำเภอลาง จังหวัดภูเก็ต

ปริญญ์ ศฤงคารนันต์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการของรัฐ เขตอำเภอลาง จังหวัดภูเก็ต ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลลางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอลาง จำนวน 535 คน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 โดยใช้สูตรของ Daneil เท่ากับ 201 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล และการรับรู้ด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและนำไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค เท่ากับ 0.87 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ($X^2=4.931$, $p\text{-value} = 0.025$) ระดับการศึกษา ($X^2 = 5.91$, $p\text{-value} = 0.011$) รายได้ ($X^2 = 11.45$, $p\text{-value} = 0.001$) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ($X^2 = 53.7$, $p\text{-value} = 0.00$) จำนวนบุตร ($X^2 = 201$, $p\text{-value} = 0.00$) และการคุมกำเนิด ($X^2 = 10.728$, $p\text{-value} = 0.001$) การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ($X^2 = 9.084$, $p\text{-value} = 0.011$)

คำสำคัญ : การฝากครรภ์ล่าช้า, การรับรู้ด้านสุขภาพ

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลลาง จังหวัดภูเก็ต, E-mail: t1parin@yahoo.com

Factors affecting delays in antenatal care for pregnant women in Thalang district, Phuket Provice

Parinya sarangkarnan¹

Abstract

The purpose of the descriptive research was to study the factors associated with delayed prenatal care among pregnant women who came for prenatal care for the first time at government facilities in Thalang District, Phuket Province. The population consisted of pregnant women who came for prenatal care in government hospitals. The state includes Thalang Hospital and Subdistrict Health Promoting Hospitals in Thalang District, totaling 535 people. From 1 October 2023 to 31 December 2023 using Daneil's formula, equal to 201 people, using a systematic random sampling method. Data were collected using an interview form consisting of 2 parts: personal characteristics and health awareness. The interview form was checked for content validity by three experts and then tested to calculate reliability. (Reliability) with Cronbach's alpha coefficient (Cronbach,1951) equal to 0.87. Data analysis using descriptive statistics and relationship analysis using Chi-square. The results found that factors related to delayed prenatal care include personal characteristics such as age ($X^2=4.931$, p-value=0.025), education level ($X^2 =5.91$, p-value=0.011), income ($X^2 =11.45$, p -value=0.001), number of pregnancies ($X^2 =53.7$, p-value=0.00), number of children ($X^2 =201$, p-value=0.00) and birth control ($X^2 =10.728$, p-value=0.001). Perception of Health related to delayed prenatal care included perception of pregnancy risk ($X^2 =9.084$, p-value=0.011)

Keywords: Late start of antenatal care., health awareness.

¹Expert doctor Thalang Hospital Phuket Province, E-mail:t1parin@yahoo.com

บทนำ

การฝากครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นแห่งการพัฒนาคุณภาพประชากรเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นไปอย่างราบรื่น มารดา ทารก ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัยได้ดำเนินการให้มีโครงการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก โดยได้กำหนดให้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อเป็นการค้นหาความเสี่ยงด้านมารดาที่ส่งผลต่อทารกในครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของมารดาและทารก (อรรถัย วงศ์พิกุลและคณะ, 2559) รวมถึงเป็นการ ป้องกัน วินิจฉัยโรคและรักษาทางการแพทย์ให้ได้ทันเวลาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเอ็ดส์/เอชไอวี เป็นต้น (Belayneh et al., 2014; อ้างถึงใน เรณู ศรีสุข, 2559) ดังนั้นการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำและได้รับการดูแลที่เหมาะสม (กรมอนามัย, 2565) นอกจากนี้การตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์ยังต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคม เช่น บทบาทหน้าที่ ภาพลักษณ์สัมพันธภาพกับครอบครัว เป็นต้น การ เปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา จะมีการสร้างเซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ มากกว่าระยะอื่นๆ ทำให้ร่างกายต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น ในระยะนี้หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจะมีผลเสียทั้งแก่หญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์เป็นอย่างมาก ส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยการฝากครรภ์ ครั้งแรกควรทำในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ก่อนหรือเมื่อตั้งครรภ์ได้ 12 สัปดาห์ การมาฝากครรภ์ครั้งแรกนั้นเพื่อบันทึกประวัติทางการแพทย์และประวัติทางสุติกรรมซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก การฝากครรภ์ซ้ำมีผลต่อสุขภาพแม่และเด็ก และการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงการดูแลตามมาตรฐานจะส่งผลไม่ให้เกิดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งในระยะตั้งครรภ์, ระยะคลอด, หลังคลอด อันจะส่งผลต่อสุขภาพของแม่และเด็กในระยะยาว และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น (กรมอนามัย, 2565)

สถานการณ์ด้านสุขภาพแม่และเด็กในประเทศไทยแม้จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ก็ยังพบปัญหาอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (เกณฑ์ ร้อยละ 75) สถานการณ์การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ของจังหวัดภูเก็ต ปี 2563 – 2565 พบว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 61.31 63.93 และ 64.22 ตามลำดับ ส่วนในพื้นที่อำเภอถลาง พบว่ามีแนวโน้มลดลงในปี 2566 เช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 80.31 78.21 และ 79.74 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเกิดจากการคลอดในโรงพยาบาลถลางมีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมปี 2563-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 5.48 6.47 และ 7.20 ส่วนอัตราภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดต่อพันการเกิดมีชีพปี 2563-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นอัตรา 0.66

0.38 และ 0.58 ต่อพันการเกิดมีชีพตามลำดับ อัตราการเกิดไร้ชีพปี 2563 – 2565คิดเป็นอัตรา 1.66 5.64 และ 0.00 ต่อพันการเกิดมีชีพ ตามลำดับ (กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ส่วนในมารดาพบ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอดพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในปี 2565 ร้อยละ 5.15 โดยพบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Hypertensive Disorder in Pregnancy) ร้อยละ 7.25 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 6.35 และนอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2563-2565 พบร้อยละ 7.09 7.45 และ 8.78 ตามลำดับ(กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ในเขตพื้นที่อำเภอกลางจะพบว่า มีหน่วยบริการในการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกเอกชน และโรงพยาบาล จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ของ หญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อนำผลการศึกษาไปวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามสาเหตุซึ่งจะส่งผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลหญิง ตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ในสถานบริการของรัฐ เขตอำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ 2) ปัจจัยระดับบุคคล 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม 4) ปัจจัย ด้านสังคม ตัวแปรตาม ได้แก่ ระยะเวลาในการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลกลางและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอกลาง จำนวน 535 คน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย สามารถกรอกแบบสอบถามด้วย ตนเองได้และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยรุนแรง ในช่วงเก็บแบบสอบถาม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daneil (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 201 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (System Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อกลุ่มหยิงตั้งครรรค์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา การตั้งครรรค์ครั้งที่ และจำนวนบุตร

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ตอน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรรค์ การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรรค์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรรค์ การรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรรค์ การศึกษาปัจจัยระดับบุคคลด้านความรู้เกี่ยวกับการฝากครรรค์ การศึกษาปัจจัยระดับบุคคลด้านความตั้งใจในการตั้งครรรค์ การศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม การศึกษาปัจจัยด้านสังคม การศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม

แบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) (1968) โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ การแปรผลใช้เกณฑ์การแปรผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best Jhon แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบทดสอบไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.87

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เอกสารรับรองเลขที่ PKPH 010/67

ผลการศึกษา

หญิงตั้งครรรค์ส่วนมากอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 44.78 รองลงมา อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 34.83 ($\bar{X}=26.39$, Min 14 ปี, Max 42 ปี, S.D.=6.572) สถานภาพสมรสร้อยละ 94.23 และมีการอยู่ร่วมกับสามี ร้อยละ 91.01 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.80 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 28.40 อาชีพแม่บ้าน

ร้อยละ 44.80 รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 3.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 51.01 รองลงมา รายได้มากกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 23.74 ($\bar{X}=17,593.96$, Min 50,000 บาท, Max 70,000 บาท, S.D.= 9)771.292) มีสิทธิการรักษาร้อยละ 56.70 (ส่วนมากสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 50.00 รองลงมาสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 47.33) ไม่มีสิทธิการรักษา ร้อยละ 43.30 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่า มีการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง ร้อยละ 33.83 รองลงมา เป็นตั้งครรภ์จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 31.34 ($\bar{X}=2.23$, S.D.=1.256) จำนวนบุตร พบว่า ส่วนมากมีบุตร 1 คน ร้อยละ 35.30 รองลงมาไม่มีบุตร ร้อยละ 34.80 ($\bar{X}=1.10$, S.D.=1.118) มีการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 56.20 ส่วนมากใช้วิธีการวางแผนครอบครัวโดยการกินยาคุมกำเนิดร้อยละ 63.72 รองลงมาเป็นการคุมกำเนิดโดยวิธียาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 14.16 ยุครครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 58.21 รองลงมาฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์ร้อยละ 41.79 ($\bar{X}=12.89$, S.D.=7.345)

การรับรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์และ การรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 189 คน (ร้อยละ 94.03) ระดับสูง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 5.97) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 ($\bar{X}=3.52$, S.D.=0.996) แยกรายด้าน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 163 คน (ร้อยละ 81.09) รองลงมา ระดับต่ำ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 9.95) และระดับสูง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 8.96) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 ($\bar{X}=3.33$, S.D.=0.935) การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 107 คน (ร้อยละ 53.23) รองลงมา ระดับสูง จำนวน 91 คน (ร้อยละ 11.94) และระดับต่ำ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.49) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ($\bar{X}=3.69$, S.D.=1.291) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 174 คน (ร้อยละ 86.57) รองลงมา ระดับสูง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 11.94) ระดับต่ำ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.49) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 ($\bar{X}=4.17$, S.D.=0.812) การรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 157 คน (ร้อยละ 78.11) รองลงมา ระดับต่ำ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 14.93) และระดับสูง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 6.97) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 ($\bar{X}=2.89$, S.D.=0.944) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอธลาง จังหวัดภูเก็ต

การรับรู้ด้านสุขภาพของ การตั้งครรภ์	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
การรับรู้ความเสี่ยงของ การตั้งครรภ์	18	8.96	163	81.09	20	9.95	3.33	0.935
การรับรู้ความรุนแรงของ การไม่ฝากครรภ์	91	45.27	107	53.23	3	1.49	3.69	1.291
การรับรู้ประโยชน์ของ การฝากครรภ์	24	11.94	174	86.57	3	1.49	4.17	0.812
การรับรู้อุปสรรคของการ มาฝากครรภ์	14	6.97	157	78.11	30	14.93	2.89	0.944
โดยรวม	12	.97	189	94.035	0	0.00	3.52	0.996

ปัจจัยระดับบุคคลของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ และ ความตั้งใจในการฝากครรภ์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 119 คน (ร้อยละ 59.20) รองลงมาในระดับสูง จำนวน 82 คน (ร้อยละ 40.79) ค่าเฉลี่ย $\bar{X}=3.68$, S.D.=0.857) และความตั้งใจ ในการฝากครรภ์อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 127 คน(ร้อยละ 63.18) ระดับสูง จำนวน 72 คน(ร้อยละ 35.82) และระดับต่ำจำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.00) ค่าเฉลี่ย $\bar{X}=3.36$, S.D.=1.001) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยระดับบุคคลของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยระดับบุคคล	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์	82	40.79	119	59.20	0	.00	3.68	0.857
ความตั้งใจในการฝากครรภ์	72	35.82	127	63.18	2	1.00	3.36	1.001

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์อำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต พบว่าการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 116 คน (ร้อยละ 57.71) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 85 คน (ร้อยละ 42.99) ค่าเฉลี่ย 4.09 ($\bar{X} = 4.09, S.D. = 0.722$) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์โดยรวม อำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
โดยรวม	116	57.71	85	42.29	0	0.00	4.09	0.722

ปัจจัยด้านสังคมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส คู่รัก และ การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว พบว่า ปัจจัยด้านสังคมโดยรวมพบว่ามีอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 137 คน (ร้อยละ 68.16) รองลงมา ระดับมาก จำนวน 60 คน (ร้อยละ 29.85) และระดับต่ำ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.99) ค่าเฉลี่ย 3.78 ($\bar{X} = 3.78, S.D. = 0.966$) แยกรายด้าน พบว่า การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส คู่รักอยู่ในระดับมาก จำนวน 127 คน (ร้อยละ 63.18) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 68 คน (ร้อยละ 33.83) และระดับต่ำ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 2.99) ค่าเฉลี่ย 3.68 ($\bar{X} = 3.68, S.D. = 0.908$) การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 143 คน (ร้อยละ 71.14) รองลงมา ระดับมาก จำนวน 51 คน (ร้อยละ 25.37) และ ระดับต่ำ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.48) ค่าเฉลี่ย 3.88 ($\bar{X} = 3.88, S.D. = 1.024$) ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านสังคมของการมาฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอธลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยด้านสังคม	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
การยอมรับการตั้งครรภ์ ของคู่สมรส คู่รัก	127	63.18	68	33.83	6	2.99	3.68	0.908
การยอมรับการตั้งครรภ์ ของครอบครัว	51	25.37	143	71.14	7	3.48	3.88	1.024
โดยรวม	60	29.85	137	68.16	4	1.99	3.78	0.966

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi Square พบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร และการคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ส่วนสถานภาพสมรส อาชีพและสิทธิการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอธลาง จังหวัดภูเก็ต วิเคราะห์โดยใช้ โดยใช้ สถิติ Chi Square

ปัจจัย	การฝากครรภ์ล่าช้า						X ²	p-value
	รวม (n=201) n%	อายุครรภ์		อายุครรภ์				
		≤12สัปดาห์		>12สัปดาห์				
		(n=38คน)		(n=163คน)				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ	201	38	18.91	163	81.09	4.931	0.025**	
● ต่ำกว่า 20 ปี	117(58.21)	16	42.11	101	61.96			
● 20 ปีขึ้นไป	84(41.79)	22	57.89	62	38.04			

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอดงหลวง จังหวัดสุโขทัย
วิเคราะห์โดยใช้ โดยใช้สถิติ Chi Square (ต่อ)

ปัจจัย	รวม (n=201) n%	การฝากครรภ์ล่าช้า				X ²	p-value
		อายุครรภ์ ≤12สัปดาห์		อายุครรภ์ >12สัปดาห์			
		(n=38คน)		(n=163คน)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส	201	189	94.03	12	5.97	5.786	0.16
● คู่	117(58.21)	114	97.44	3	2.56		
● หม้าย หย่า โสด	84(41.79)	75	89.29	9	10.71		
ระดับการศึกษา	201	109	54.23	92	45.77	5.91	0.011**
● มัธยมศึกษาตอนต้น	117(58.21)	53	45.30	64	54.70		
● มัธยมศึกษาตอน							
ลงมา							
● มัธยมศึกษาตอน	84(41.79)	56		28			
ปลายขึ้นไป			66.67		33.33		
อาชีพ	201	109	54.23	111	45.77	1.778	0.23 ^F
● แม่บ้าน	117(58.21)	43	39.45	74	66.67		
● อื่นๆ(นักเรียน	84(41.79)	47	60.55	37	33.33		
ค้าขาย ข้าราชการ							
รับจ้าง							
เกษตรกรรม)							
รายได้(บาท/เดือน)	201	23	11.68	174	88.32	11.45	0.001**
● <10,000	115(57.21)	8	6.96	107	93.04		
● ≥10,000	86(42.79)	15	18.29	67	81.71		
สิทธิการรักษา	201	87	43.28	114	56.72	0.536	0.281
● ไม่มีสิทธิรักษา	117(58.21)	43	36.75	74	63.25		
● มีสิทธิรักษา	84(41.79)	44	52.38	40	47.62		

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต
วิเคราะห์โดยใช้ โดยใช้สถิติ Chi Square (ต่อ)

ปัจจัย	รวม (n=201) n%	การฝากครรภ์ล่าช้า				X ²	p-value
		อายุครรภ์		อายุครรภ์			
		≤12สัปดาห์		>12สัปดาห์			
		(n=38คน)		(n=163คน)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	201	68	33.83	133	66.17	201.00	0.00**
• ตั้งครรภ์ครั้งแรก	117(58.21)	41	35.04	76	64.96		
• ตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง	84(41.79)	27	32.14	57	67.86		
จำนวนบุตร(คน)	201	182	90.55	19	9.45	10.728	0.00**
• ≤2	117(58.21)	107	58.79	10	52.63		
• > 2	84(41.79)	75	41.21	9	47.37		
การคุมกำเนิด	200	84	41.79	113	58.21	17.186	0.009**
• ไม่มีการคุมกำเนิด	117(58.21)	54	64.29	63	55.75		
• คุมกำเนิด	84(41.79)	33	35.71	50	44.25		

หมายเหตุ : F = การใช้สถิติ Fisher's Exact Test

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต โดยใช้สถิติ Chi-Square Test พบว่า พบว่า ด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า ($\chi^2 = 9.084$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์และการรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอ
ถลุง จังหวัดภูเก็ต (n=201)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	รวม (n=201) n%	การฝากครรภ์ล่าช้า		X ²	p-value
		ก่อน 12 สัปดาห์ n%	หลัง 12 สัปดาห์ n%		
การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์				9.084	.011**
ระดับต่ำ	20(10.0)	5(25.0)	15(75.0)		
ระดับปานกลาง	135(67.2)	39(28.89)	96(71.11)		
ระดับสูง	46(22.9)	24(52.17)	90(47.83)		
การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ฝากครรภ์				2.243	.326
ระดับต่ำ	3(1.5)	0(0.00)	0(0.00)		
ระดับปานกลาง	107(53.2)	18(16.82)	89(83.18)		
ระดับสูง	91(45.3)	50(54.95)	41(45.05)		
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์				.244	.371
ระดับต่ำ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		
ระดับปานกลาง	49(24.4)	18			
ระดับสูง	152(75.6)	50			
การรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์				6.895	.075
ระดับต่ำ	9(4.5)	1(11.11)	8(90.89)		
ระดับปานกลาง	69(34.3)	18(26.07)	51(73.93)		
ระดับสูง	123(61.2)	49(39.84)	74(60.16)		

Fisher's Exact Test

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอถลุง
จังหวัดภูเก็ตโดยใช้สถิติ Chi-Square Test พบว่าปัจจัยระดับบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05) ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยระดับบุคคลกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอ
กลาง จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยระดับบุคคล	รวม	การฝากครรภ์ล่าช้า		X^2	p-value
	(n=201) n%	ก่อน 12 สัปดาห์ n%	หลัง 12 สัปดาห์ n%		
ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์				.051	.472
ระดับต่ำ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		
ระดับปานกลาง	119(59.2)	41(34.45)	78(65.55)		
ระดับสูง	82(40.8)	27(32.93)	55(67.07)		
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์				1.223	.543
ระดับต่ำ	2(1.0)	0(0.00)	2(100.00)		
ระดับปานกลาง	127(63.2)	42(33.07)	85(66.93)		
ระดับสูง	72(35.8)	26(36.11)	46(63.89)		

Fisher's Exact Test

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05) ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์
ในพื้นที่อำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต (n=201)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและ วัฒนธรรม	รวม	การฝากครรภ์ล่าช้า		X^2	p-value
	(n=201) n%	ก่อน 12 สัปดาห์ n%	หลัง 12 สัปดาห์ n%		
การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์				.281	.353
ระดับต่ำ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		
ระดับปานกลาง	85(42.3)	27(31.76)	58(68.24)		
ระดับสูง	116(57.7)	41(35.34)	75(64.66)		

Fisher's Exact Test

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติ Chi-Square Test พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$) ตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมกับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต (n=201)

ปัจจัยด้านสังคม	รวม	การฝากครรภ์ล่าช้า		X^2	p-value
	(n=201)	ก่อน 12 สัปดาห์	หลัง 12 สัปดาห์		
	n%	n%	n%		
การยอมรับการตั้งครรภ์ของคู่สมรส คู่รัก				.398	.820
ระดับต่ำ	6(3.0)	2(33.33)	4(66.67)		
ระดับปานกลาง	68(33.8)	49(72.06)	19(27.94)		
ระดับสูง	127(63.2)	17(13.39)	110(86.61)		
การยอมรับการตั้งครรภ์ของครอบครัว				.104	.949
ระดับต่ำ	7(3.5)	2(28.57)	5(71.43)		
ระดับปานกลาง	143(71.1)	49(34.27)	94(65.73)		
ระดับสูง	51(25.4)	17(33.33)	34(66.67)		

การอภิปรายและสรุปผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า ประกอบด้วย คุณลักษณะของบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร การคุมกำเนิด โดยพบว่าเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 42.11 ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ไม่เหมาะสมสำหรับการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อยู่ในชุมชนเมืองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นลงมา ร้อยละ 53.7 ทำให้ขาดความตระหนักในการมาฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สุรินทร์ทรัพย์(2559) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ความไม่เพียงพอของรายได้ส่งผลกระทบต่อมารการฝากครรภ์ เนื่องจากการมาฝากครรภ์ต้องมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น เช่น การเดินทาง สอดคล้องกับการศึกษาของสิริมา มงคลสัมฤทธิ์และศรีสุรางค์ ภัทรคาร์มินทร์ (2560) ที่พบว่าการมาฝากครรภ์

ล่าช้ามีความสัมพันธ์กับรายได้รวมครอบครัว สอดคล้องกับอังคณา สูงส่งเกียรติ (2558) ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้า ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม ดังนี้ อายุ ศาสนา ที่อยู่ ระดับการศึกษา ความพร้อมในการตั้งครรภ์ การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ช่องทางการรับรู้ข้อมูล อาชีพของ หญิงตั้งครรภ์ และสามี สิทธิการรักษาผู้สนับสนุนหลักสำหรับค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมาก

การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า ($X^2 = 9.084$) โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีระดับการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 163 คน (ร้อยละ 81.09) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 ($\bar{X} = 3.33$, S.D. = 0.935) เมื่อพิจารณารายข้อจะพบว่าอาหารที่มีแคลเซียมสูงช่วยเสริมสร้างกระดูกของทารกในครรภ์ได้ ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.751) รองลงมาควรฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นถ้าไม่มีอาการผิดปกติก็ไม่ต้องมาฝากครรภ์ก็ได้ ($\bar{X} = 3.99$, S.D. = 1.01) และในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งหากมีอาการผิดปกติใดๆไปฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้งก็เพียงพอไม่ต้องไปอีกรอคอยเลย ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 1.003) ตามลำดับ ซึ่งจุดประสงค์การฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของมารดาระหว่างการตั้งครรภ์ วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์พร้อมค้นหาสาเหตุและหาแนวทางการแก้ไขป้องกัน และลดอาการแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์เพื่อคัดกรองโรค เพื่อลดอัตราการตายของมารดา และทารกในครรภ์ เช่น การคลอดผิดปกติ การเสียเลือด การติดเชื้อ การคลอดก่อนกำหนด เพื่อช่วยให้ทารกคลอดและมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนระหว่างการตั้งครรภ์ในด้านสุขศึกษาโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความผิดปกติจากการตั้งครรภ์เพื่อลดความกังวลและส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ (กรมอนามัย, 2565) สอดคล้องกับศิริวรรณ แสงอินทร์และช่อทิพย์ ผลกุล (2561) หญิงตั้งครรภ์อายุมากมีคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เฉลี่ย 296.13 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ควรมีการรณรงค์ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์และ

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย.(2565). **คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.ครั้งที่ 1.** นนทบุรี:สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก
; <https://phdb.moph.go.th/main/index> เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2566.

จิตติมา หาญสมบูรณ์.(2565).**การประเมินผลการฝากครรภ์ ภาวะสุขภาพมารดาและทารกอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร.** วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) พ.ศ. 2565 : 23-33.

สุวิมล สุรินทร์พย์. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่โซนตะวันตกของอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน.**(วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2559.

ศิริวรรณ แสงอินทร์และช่อทิพย์ ผลกุล.(2561).**การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการสุขภาพแบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก.** [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก
<https://buuir.buu.ac.th/handle/1234567890/4052> เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2566.

เรณู ศรีสุข.(2558). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนัสนิคม.** (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง,คณะพยาบาลศาสตร์), มหาวิทยาลัยบูรพา. 2558.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก
https://pkt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2566.

อรทัย วงศ์พิกุล,สินีนารถ โรจนานุกุลพงศ์และอำพรพรรณ คำรณฤทธิ์.(2558).**ฝากครรภ์ดี มีคุณภาพควรฝากครรภ์**

ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์.นครราชสีมา:ศูนย์อนามัยที่ 9 กรมอนามัย.เข้าถึงได้จาก
<http://hpc9.anamai.moph.go.th/images/pdf59/teen59/ANC.pdf>

Best, John W. (1977). **Research is Evaluation.** (3rded). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.

Bloom, B.S. (1975). **Taxonomt of Education.** David McKay Company Inc., New York.

Cronbach, Lee J. (1951). **Essentials of Psychological Testing.** 3rd ed. New York: Harpe

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



Likert R. inventor New Patterns of Management. 1961.

World Health Organization [WHO]. (2003). **Antenatal care in developing countries promises, achievements and missed opportunities:** An analysis of levels, and differentials.
Geneva: World Health Organization



ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่

พัชรีย์ มณีวงศ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 30 คน โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ระยะเวลาทดลองใช้ 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง ใช้สถิติ Independent t- test ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ผลการศึกษาโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อลดระดับน้ำตาลและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ, โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย

E-mail: t_patcharee@hotmail.com

Effectiveness of meditation (SKT) therapy to reduce blood sugar level in Type 2 Diabetes Mellitus in Chiang Saen hospital

Patcharee maneewong¹

Abstract

This Quasi-experimental research aimed to study effectiveness of meditation (SKT) therapy to reduce blood sugar level in Type 2 Diabetes Mellitus in Chiangsaen hospital. The samples included 30 inpatients with type 2 diabetes mellitus at Chiang Saen Hospital, obtained by purposive sampling as follow criteria. Meditation Therapy Program (SKT) for lower blood sugar level among inpatients with type 2 diabetes mellitus at Chiang Saen Hospital composed of three activities take time experiment four months. An interview form was used for data collection. An independent t-test was used for data analysis in terms of hypothesis testing to compare the pre- and post-experimental phases. The findings revealed as follows. For the comparison of health literacy based on the principles of 3E 2S among inpatients with type 2 diabetes mellitus, it was found that their health literacy in the post-experimental phase was significantly higher ($p < 0.001$). The study of the Meditation Therapy Program (SKT) for lower blood sugar level among inpatients with type 2 diabetes at Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province can be applied to take care of inpatients with type 2 diabetes to reduce blood sugar level and improve their better quality of life.

Keywords: Effectiveness, Meditation Therapy Program (SKT), Type 2 diabetes

¹Registered nurse (Professional level), Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province, E-mail: t_patcharee@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากมีความผิดปกติของการหลั่งของอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักพบภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (เชิงรายเวชสาร ,2564)

โดยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุก ๆ 5 วินาที (โรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค ,2565) จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี (โรคไม่ติดต่อ /สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค ,2565) เบาหวานเป็น 1 ใน 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 320,000 คนต่อปีและทุก 1 ชั่วโมงมีผู้เสียชีวิต 37 ราย ซึ่งการเสียชีวิตมักเกิดจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคไตวาย (Singburi Hospital Journal,2565)

สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลเชียงแสน พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน พ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 6,934, 7,402, 4,249 (6 เดือน) ราย ตามลำดับ จากตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ต้องมากกว่าร้อยละ 40 จากการดำเนินงานพบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ในปี 2564-2566 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลพบสาเหตุจากผู้ป่วยโรคเบาหวานยังขาดความตระหนัก ขาดความรู้และความเข้าใจ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่คุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย รับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง มีภาวะเครียด

จะเห็นว่าแนวโน้มการป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งในปัจจุบันทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ มีเพียงการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเท่านั้น ยังไม่มีทางเลือกในการรักษาทางอื่นๆให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง โปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT เป็นความเชื่อมโยงของการปฏิบัติสมาธิกับการทำงาน ของระบบประสาท จากงานวิจัยเกี่ยวกับสมาธิ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า การทำสมาธิแบบสมถะ หายใจเข้า พุท หายใจออก โธ นั้น สามารถช่วยให้คลายเครียดได้ดี แต่ถ้าสามารถควบคุมการฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้นการสัมผัส และการเคลื่อนไหว ได้ด้วยก็จะ

ทำให้การทำสมาธินั้นมีผลดี ต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์ และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกันของ ร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือด และระบบอื่น ๆ ในร่างกายได้เป็นอย่างดี จึงได้มีการพัฒนาเป็นรูปแบบสมาธิบำบัดที่ช่วยเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยการฝึกสมาธิวันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี และสิริพิชญ์ เตรียมชัยศรี, 2554)

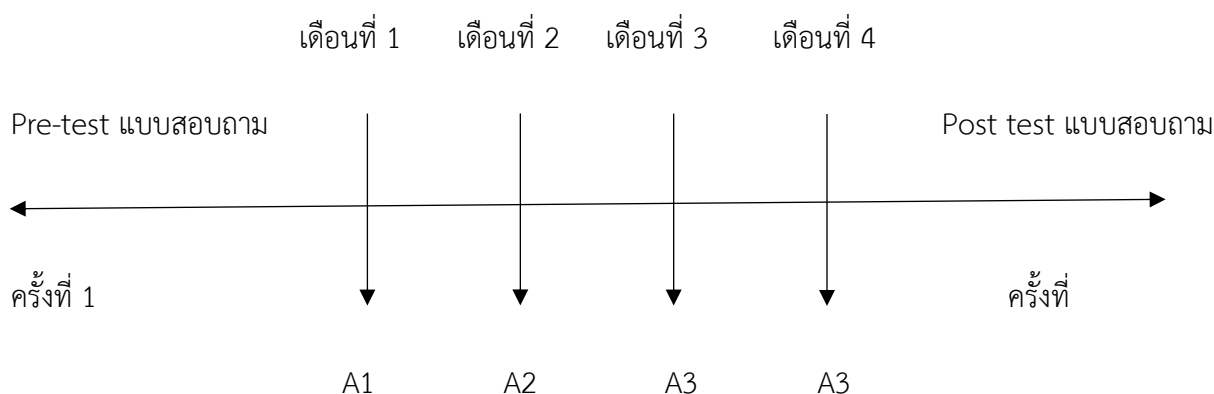
ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงได้นำเอาโปรแกรมการใช้สมาธิบำบัด SKT มาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้ในการแนะนำผู้ป่วย ให้มีความรู้ใช้ในการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงใหม่ เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT
2. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงใหม่ เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT

กรอบแนวคิดวิจัย

โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้



A1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการ ให้ความรู้ ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ2ส ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน บันทึกระดับน้ำตาล ครั้งที่ 1 ก่อนการฝึกปฏิบัติ สาธิตการทำสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1,3 และฝึกปฏิบัติ

A2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการ ให้กลุ่มตัวอย่าง ทำสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1,3 และบันทึกลงใน แบบบันทึกพฤติกรรม การปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่ม ตัวอย่างทุกคน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติ และลงบันทึกพฤติกรรม การปฏิบัติ

A3, A4 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการติดตามและประเมินผล นัดผู้ป่วยมาตรวจระดับน้ำตาลในเลือด Post test แบบสัมภาษณ์

0.38 และ 0.58 ต่อพันการเกิดมีชีพตามลำดับ อัตราการเกิดไร้ชีพปี 2563 – 2565คิดเป็นอัตรา 1.66 5.64 และ 0.00 ต่อพันการเกิดมีชีพ ตามลำดับ (กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ส่วนในมารดาพบ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอดพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในปี 2565 ร้อยละ 5.15 โดยพบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Hypertensive Disorder in Pregnancy) ร้อยละ 7.25 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 6.35 และนอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2563-2565 พบร้อยละ 7.09 7.45 และ 8.78 ตามลำดับ(กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ในเขตพื้นที่อำเภอกลางจะพบว่า มีหน่วยบริการในการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกเอกชน และโรงพยาบาล จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ของ หญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อนำผลการศึกษาไปวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามสาเหตุ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ในสถานบริการของรัฐ เขตอำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือนมกราคม - เดือนเมษายน พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก เกณฑ์การคัดออก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ 2) มีสติสัมปชัญญะดี 3) ไม่เคยปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT มาก่อน 4) สนใจเข้าร่วมการวิจัย เข้าร่วมกิจกรรมตามวันเวลาที่กำหนด ติดต่อกันได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่สื่อสารไม่ได้ 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจนครบ 4) ไม่สนใจเข้าร่วมโครงการ

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างจะใช้การตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทดลองคือโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย จำนวน 3 กิจกรรม

2. แบบสัมภาษณ์ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ส่วนสูง น้ำหนัก รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ดูแลโรคประจำตัวอื่น

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส ประกอบด้วยด้านการเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพตาม 3อ2ส ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตาม 3อ2ส ด้านการจัดการตนเอง ตาม 3อ2ส ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ตาม 3อ2ส ด้านการตัดสินใจ ตาม 3อ2ส ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็น

ด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน ตามแบบมาตรฐาน
ประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ต โดยใช้ระดับการวัด ข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามแบบวัดความรู้ ค่า 3 ระดับคือ ใช่
ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์นี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability)

การทดลองและการเก็บข้อมูล

โปรแกรมสมมติบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลเชียงใหม่ มีขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยการให้กลุ่มทดลองทำแบบ
สัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส แบบสัมภาษณ์
เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 3 กิจกรรม แล้วผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลัง
ทดลองเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

2. การทดลอง

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ2ส ความรู้เกี่ยวกับ
โรคเบาหวาน บันทึกระดับน้ำตาล ครั้งที่ 1 ก่อนการฝึกปฏิบัติ สาธิตการทำสมมติบำบัด SKT ท่าที่ 1,3 และฝึก
ปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่าง ทำสมมติบำบัด SKT ท่าที่ 1,3 และบันทึกลงในแบบบันทึก
พฤติกรรมการปฏิบัติสมมติบำบัดแบบ SKT เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างทุกคน
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติ และลงบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาติดตามและประเมินผล นัดผู้ป่วยมาตรวจระดับน้ำตาลในเลือด Post test
แบบสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

ผลการศึกษาวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ เป็นเพศชาย (51.60%) เพศหญิง(48.40%) มีอายุระหว่าง 51-66 ปี(63.33%) (Mean = 1.9667, S.D.=.61495, Min =1 Max =3) มีสถานภาพโสด (73.33%) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (56.67%) อาชีพเกษตรกรกรรม (56.67%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	51.60
หญิง	15	48.40
อายุ (ปี)		
< 50	6	20
51 – 66	19	63.33
>= 67	5	16.67
Mean = 1.9667, S.D.=.61495, Min =1 Max =3		
สถานภาพสมรส		
โสด	6	20

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สมรส/อยู่ด้วยกัน	22	73.33
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่, คู่สมรสถึงแก่กรรม	2	6.66
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	3	10
ประถมศึกษา	17	56.67
มัธยมศึกษา/ปวช.	10	33.33
อาชีพ		
ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ	1	3.33
เกษตรกร	17	56.67
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	2	6.67
รับจ้างทั่วไป	10	33.33

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.000$, $t=-7.588$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ2ส	2.3200	0.47153	1.3867	0.48119	7.588	58	0.000
ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตาม 3อ2ส	2.2067	0.31287	1.3067	0.32263	10.969	58	0.000
ด้านการจัดการตนเองตาม 3อ2ส	2.2917	0.39980	1.4083	0.46648	7.875	58	0.000
ด้านความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ตาม 3อ2ส	1.6633	0.26455	1.5333	0.08442	2.564	58	0.013
ด้านการตัดสินใจ ตาม 3อ2ส	2.3222	0.42420	1.3778	0.37888	9.095	58	0.000

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.000$, $t = 5.431$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	2.5933	0.42502	2.0400	0.36161	5.431	58	0.000

การอภิปรายผลและสรุปผล

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส ในด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ2ส ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตาม 3อ2ส ด้านการจัดการตนเอง ตาม 3อ2ส ด้านการรู้เท่าทันสื่อและ

สารสนเทศ ตาม 3๐2ส ด้านการตัดสินใจ ตาม 3๐2ส และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) เสนอกรอบแนวคิดในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยอธิบายความเชื่อมโยงของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้การศึกษา (education) การสร้างความเคลื่อนไหวทางสังคม (social mobilization) การชี้แนะสาธารณะ (advocacy) ฯลฯ ทำให้เกิด ผลลัพธ์จากการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) การกระทำและอิทธิพลทางสังคม (social action & influence) และนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและแนวทางปฏิบัติขององค์กร (healthy public policy & organizational practice) องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนทำให้เกิดผลดีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะกลาง ได้แก่ วิถีชีวิตที่มีสุขภาพ (healthy lifestyles) บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (effective health services) และสภาวะแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ (healthy environment) นำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพ (health outcomes) และผลลัพธ์ทางสังคม (social outcomes) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ต้องการและเป็นเป้าหมายของสำคัญของการพัฒนา

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ โสมนัส นามโพธิ์ชัย, อรสุดา ศรีพรหม พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีการปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) ครบกำหนดตามเกณฑ์จำนวน 47 คน และปฏิบัติไม่ครบกำหนด จำนวน 14 คน ผลการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ 1) การฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) ครบกำหนดตามเกณฑ์ ค่าฮีโมโกลบินเอวัน ซีก่อนฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.37 ($S.D = 1.76$) และหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.07 ($S.D = 1.95$) ระดับความสัมพันธ์ระหว่างก่อนและหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าเท่ากับ 0.840 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ค่า t มีค่าเท่ากับ 1.87, $df = 44$ ซึ่งค่า t เป็นบวกหมายความว่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าน้อยกว่า ก่อนฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) ทำให้สรุปได้ว่าค่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนและหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ($95\%CI = -0.022, 0.617$) 2) การฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) ไม่ครบกำหนดตามเกณฑ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) ไม่ถึง 30 นาที ต่อครั้ง หรือไม่ได้ทำทุกวัน ขาดความสม่ำเสมอ ผลพบว่าค่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าเฉลี่ย 8.60 ($S.D = 2.08$) และหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าเฉลี่ย 7.04 ($S.D = 1.98$) ระดับความสัมพันธ์ระหว่างก่อนและหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าเท่ากับ 0.843 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ค่า t มีค่าเท่ากับ -1.32, $df = 13$ ซึ่งหากค่า t ติดลบ หมายความว่าค่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าทางสถิติที่มากกว่า ทำให้สรุปได้ว่าค่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนและหลังฝึกปฏิบัติสมาธิ (SKT-3) มีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.001$) ($95\% CI = 1.687, 0.2545$)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเชียงใหม่ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสมาริบำบัด SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ส่งผลให้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น และสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้นผู้บริหารของโรงพยาบาลเชียงใหม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ได้

เอกสารอ้างอิง

- ธีรพล มโนศักดิ์เสรี. (2564). ผลของสมาริบำบัด SKT ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน. วารสารMental Health.
- ยุวรัตน์ ม่วงเงิน. (2562). คู่มือการพยาบาลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในผู้ใหญ่ที่มีภาวะก่อนเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่2 .พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ:คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต.
- โรงพยาบาลเชียงใหม่ งานเวชระเบียนและสถิติ .(2566). รายงานสถิติประจำปี 2566. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเชียงใหม่.
- วรัญญาภรณ์ ไนใจและคณะ. (2561). ผลของการปฏิบัติสมาริบำบัดเพื่อการเฝ้าระวังแบบ SKTต่อระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน. วารสารพยาบาลทหารบก.
- วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. (2561).โรคเบาหวานชนิดที่2 การป้องกันและการสนับสนุนการจัดการตนเอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร กันทรดุษฎีเตรียมชัยศรี. (2550) . การปฏิบัติสมาริเพื่อการเฝ้าระวัง พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี : สำนักพิมพ์โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- สำรวย กลยณี และศศิวรรณ ทัศนเยี่ยม .(2562). ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงราใหม่. วารสารราชพฤกษ์.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ของ บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต

รวิวรรณ ชูสุวรรณ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดภูเก็ต ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดภูเก็ต จำนวน 239 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Pearson Product-Moment Correlation

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA ($P\text{-value}<0.001$) ทักษะคติต้องงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ($P\text{-value}<0.001$) การสื่อสารในองค์กร ($P\text{-value}=0.002$) วัฒนธรรมองค์กร ($P\text{-value}<0.001$) แรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ($P\text{-value}<0.001$) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ($P\text{-value}<0.001$) ด้านผู้นำองค์กร ($P\text{-value}<0.001$) ดังนั้น ควรขยายกรอบอัตรากำลังคนเพิ่มขึ้น ส่งเสริมองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ และการสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรในเรื่องของค่าตอบแทนในการทำงาน

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, การมีส่วนร่วม, ทักษะคติ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต E-mail: namoaom584@gmail.com

Factors Associated with Hospital Quality Improvement and Health Service in Community Hospitals , Phuket

Raweewan Chusuwan¹

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the factors associated with the development of hospital standards and health services (HA) in community hospitals in Phuket Province. The sample consisted of 239 personnel working in community hospitals in Phuket. Data were collected using questionnaires, and the analysis was performed using Pearson Product-Moment Correlation.

The study found that factors associated with hospital quality improvement included knowledge and understanding of HA (P-value < 0.001), attitudes towards hospital quality improvement (P-value < 0.001), organizational communication (P-value = 0.002), organizational culture (P-value < 0.001), motivation for hospital quality improvement (P-value < 0.001), participation in hospital quality improvement (P-value < 0.001), and leadership (P-value < 0.001). Therefore, it is recommended to expand the workforce, promote knowledge in quality improvement, and enhance employee morale regarding work compensation.

Keywords: Hospital Quality Improvement, Participation, Attitude

¹Registered Nurse Phuket Provincial Public Health Office, E-mail: namoaom584@gmail.com

บทนำ

การรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Healthcare Accreditation : HA) เป็นเสมือนกระบวนการส่งกระจกเพื่อการตรวจสอบและปรับปรุงตนเองของสถานพยาบาล โดยอาศัยมาตรฐานและมุมมองจากภายนอก (external peer) โดยมีสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ สรพ. (องค์การมหาชน) เป็นผู้ประเมินมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงาน และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการ ประเมินการ พัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล คณะกรรมการสถาบันได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา มาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ในด้านระบบบริการสุขภาพและการ พัฒนาคุณภาพ ร่วมดำเนินการกำหนด หลักการ ทิศทาง การพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาล ในช่วงเริ่มต้นของ การขับเคลื่อน HA มีการส่งเสริมการพัฒนาเป็นขั้นตอนตามศักยภาพและความพร้อมของโรงพยาบาล เรียกว่า บันได 3 ขั้นสู่ HA โดยบันไดขั้นที่ 1 ใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน” บันไดขั้นที่ 2 ใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด” หรือการใช้ 3P และหลักการดังกล่าวยังคงใช้ต่อเนื่อง สำหรับโรงพยาบาลที่ได้การรับรอง HA แล้ว การรับรองสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (Advanced HA : A-HA) สถานพยาบาลที่มีการพัฒนาต่อยอดจากการรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน (ขั้นที่ 3) (HA) โดยมีการขับเคลื่อนการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์การพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพสถานพยาบาลให้บรรลุ วิสัยทัศน์และมุ่งสู่ความเป็นเลิศ โดยเครื่องมือในการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ มีการพัฒนา มาตรฐานมาเป็นลำดับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2539, ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2543, ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2549, ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2560 และฉบับที่ 5 เมื่อตุลาคม 2564 ที่มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้ง องค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานแบ่งเป็น 4 ตอน เนื้อหาในมาตรฐานทั้ง 4 ตอน ได้มีการแบ่งเป็นบท ดังนี้ มาตรฐานตอนที่ 1 ครอบคลุมการบริหารองค์กรตั้งแต่การนำองค์กร การกำหนดกล ยุทธ์ การคำนึงผู้ป่วยและผู้รับผลงาน การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ บุคลากร และการปฏิบัติการ มาตรฐานตอนที่ 2 ครอบคลุมระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาลดังนี้ การบริหารคุณภาพ ความเสี่ยงและความ ปลอดภัย การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในการดูแล ผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบเวช ระเบียน ระบบการจัดการด้านยา การตรวจสอบเพื่อ การวินิจฉัยโรค การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และการ ทำงานกับชุมชน มาตรฐานตอนที่ 3 ครอบคลุมกระบวนการเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การ

วางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง จนถึง การดูแลต่อเนื่อง มาตรฐานตอนที่ 4 จะเป็นการแสดงถึงผลลัพธ์ ประกอบด้วยผลด้านต่าง ๆ ดังนี้ ผลด้านการดูแลสุขภาพ การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน บุคลากร การนำและการกำกับดูแล ประสิทธิภาพ ของกระบวนการทำงานสำคัญ และผลด้านการเงิน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตได้นำนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566 ตัวชี้วัดที่ 53.3 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 มากกว่าร้อยละ 90 โดยจังหวัดภูเก็ตประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 แห่งผ่านการประเมิน HA ขั้น 3 จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลที่ใบรับรองเดิมหมดอายุและอยู่ระหว่างการประเมินขั้นที่ 1 ใหม่ จำนวน 1 แห่ง และเป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ยังไม่เคยรับการประเมิน HA 1 แห่ง รวมแล้วคิดเป็นร้อยละ 33.33 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด และหากโรงพยาบาลไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HA อาจทำให้ผู้มารับบริการ ได้รับบริการที่ไม่เป็นตามมาตรฐานอาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหรือต่อเจ้าหน้าที่ได้ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดภูเก็ตทั้ง 3 แห่ง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต ที่มีบริบทที่แตกต่างกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ในโรงพยาบาลชุมชน ที่ส่งผลต่อโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่

1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา ,ตำแหน่ง ,ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน, บทบาทการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, ระดับการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ของโรงพยาบาลที่ท่านอยู่ ,โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไปหรือไม่

2) ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาล ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA , ทัศนคติต่องานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล,การสื่อสารในองค์กร,วัฒนธรรมองค์กร,แรงจูงใจในการพัฒนางานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล,การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล,ด้านผู้นำองค์กร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดภูเก็ตจำนวน 3 แห่ง และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 627 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 239 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ตเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดภูเก็ต ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระดับการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ,โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไปหรือไม่

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA ,ทัศนคติต่องานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล,การสื่อสารในองค์กร,วัฒนธรรมองค์กร,แรงจูงใจในการพัฒนางานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล,การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล,ด้านผู้นำองค์กร จำนวน 35 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับผลที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล จำนวน 11 คำถาม เป็นสอบถามถึงประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่เป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล,ด้านที่เป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่และด้านที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรา

ส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ใช้เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับอันตรภาคชั้นที่ต้องการตามแนวคิดของ เบสท์ (Best John W, 1977) ระดับสูงสุด = ค่าคะแนนเฉลี่ย $3.67 - 5.00$,ระดับปานกลาง = ค่าคะแนนเฉลี่ย $2.34 - 3.66$, ระดับต่ำ = ค่าคะแนนเฉลี่ย $1.00 - 2.33$

ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.867

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เอกสารยืนยันการยกเว้นการรับรอง รหัสโครงการ PKPH 008/67 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษาวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภูเก็ต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 213 คน (ร้อยละ 89.12) ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30 – 50 ปี จำนวน 161 คน (ร้อยละ 67.36) โดยมีอายุเฉลี่ย 40.87 ปี ($\bar{x}=40.87$, S.D.=9.087) อายุสูงสุด 58 ปี และต่ำสุด 23 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดคือ ปริญญาตรี จำนวน 192 คน (ร้อยละ 80.33) ตำแหน่งที่มีจำนวนมากที่สุด คือ พยาบาล จำนวน 125 คน (ร้อยละ 52.30) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนี้ อยู่ในช่วง 10 – 20 ปี จำนวน 87 คน (ร้อยละ 36.40) โดยระยะเวลาที่ปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย 16.11 ปี บทบาทการเป็น

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่เป็นกรรมการ จำนวน 153 คน (ร้อยละ 64) ระดับการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) โรงพยาบาลของท่านอยู่ระดับใด ส่วนใหญ่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลชั้นที่ 3 จำนวน 90 คน (ร้อยละ 37.66) รองลงมาคือ ยังไม่ผ่านการรับรอง จำนวน 57 คน (ร้อยละ 23.85) ท่านคิดว่าโรงพยาบาลควรมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไปหรือไม่ ส่วนใหญ่เห็นควรมีการพัฒนาคุณภาพต่อไป จำนวน 232 คน (ร้อยละ 97.07)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.37 รองลงมาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 48.12 และระดับต่ำร้อยละ 2.51 ($\bar{X}=2.45, SD=0.547$) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงมากที่สุดคือด้านวัฒนธรรมองค์กร ร้อยละ 79.50 ($\bar{X}=2.79, S.D.=0.404$) รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 59.41 ($\bar{X}=2.54, S.D.=0.591$) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ที่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำที่สุดคือแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ($\bar{X}=2.30, S.D.=0.597$) ,ทัศนคติต่องานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ($\bar{X}=2.30, S.D.=0.537$) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (N=239)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA	116	48.54	123	51.46	0	0	2.45	0.50
ทัศนคติต่องานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	82	34.31	148	61.92	9	3.77	2.30	0.537
การสื่อสารในองค์กร	104	43.51	103	43.10	32	13.39	2.30	0.693
วัฒนธรรมองค์กร	190	79.50	49	20.50	0	0	2.79	0.404
แรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	91	38.08	131	54.81	17	7.11	2.30	0.597
การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	142	59.41	85	35.56	12	5.02	2.54	0.591
ด้านผู้นำองค์กร	115	48.12	99	41.42	25	10.46	2.37	0.667
ภาพรวม	115	48.12	118	49.37	6	2.51	2.45	0.547

ผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.92 ($\bar{x}$ =2.79, SD= 0.427) ผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ ด้านประโยชน์ต่อผู้ป่วย ($\bar{x}$ =2.81, SD= 0.442) รองลงมาคือ ด้านประโยชน์ต่อโรงพยาบาล ($\bar{x}$ =2.81, SD= 0.451) และด้านประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ ($\bar{x}$ =2.72, SD= 0.503) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1.ด้านประโยชน์ต่อโรงพยาบาล	200	83.68	33	13.81	6	2.51	2.81	0.451
2.ด้านประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่	178	74.48	55	23.01	6	2.51	2.72	0.503
3.ด้านประโยชน์ต่อผู้ป่วย	199	88.26	35	14.64	5	2.09	2.81	0.442
สรุปภาพรวมผลการพัฒนา HA	191	79.92	46	19.25	2	0.84	2.79	0.427

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA , ทัศนคติต่อ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล,การสื่อสารในองค์กร,วัฒนธรรมองค์กร,แรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล,ด้านผู้นำองค์กรตนเอง เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผล ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามตารางที่ 3 พบว่า

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.241$, $P\text{-value}<0.001$)

ทัศนคติต่องานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.325$, $P\text{-value}<0.001$)

การสื่อสารในองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.199$, $P\text{-value}=0.002$)

วัฒนธรรมองค์กรมีความสัมพันธ์กับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($r=0.504$, $P\text{-value}<0.001$)

แรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.369$, $P\text{-value}<0.001$)

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.518$, $P\text{-value}<0.001$)

ด้านผู้นำองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.321$, $P\text{-value}<0.001$)

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์เพียร์สัน ระหว่าง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA ทัศนคติ การสื่อสารในองค์กร วัฒนธรรมองค์กร แรงจูงใจ การมีส่วนร่วม ผู้นำองค์กร ต่องานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล กับ ผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตัวแปรต้น	ผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
-ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA	0.241	$<0.001^*$	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-ทัศนคติต่องานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	0.352	$<0.001^*$	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-การสื่อสารในองค์กร	0.199	0.002	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-วัฒนธรรมองค์กร	0.504	$<0.001^*$	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-แรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	0.369	$<0.001^*$	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	0.518	$<0.001^*$	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-ด้านผู้นำองค์กร	0.321	$<0.001^*$	มีความสัมพันธ์ทางบวก

*P-value < 0.001

การอภิปรายผลและสรุปผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดภูเก็ต ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า

1.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.241$, $P\text{-value}<0.001$) แสดงว่าการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter (1991) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ นาถนภา คำลอยฟ้า (2563) จากการวิจัยเรื่อง การรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า บุคลากรที่มีการนำความรู้ที่เกี่ยวกับหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโรงพยาบาล จะส่งผลให้มีการพัฒนามาตรฐาน HA อย่างต่อเนื่อง

1.2 ทักษะคติต้องงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.325$, $P\text{-value}<0.001$) พบว่าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นงานที่เป็นภาระไม่ใช่งานประจำทำให้เสียเวลาโดยไม่จำเป็น การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานและต่อโรงพยาบาล สอดคล้องกับ จี เมอร์ฟี , แอล เมอร์ฟี และ ที นิวคอมบ์ (G. Murphy , L. Murphy and T. Newcomb , 1973) ให้ความหมายของคำว่า ทักษะคติ หมายถึง ความชอบ หรือไม่ชอบ ฟังใจ หรือไม่ฟังใจที่บุคคลแสดงออกมาต่อสิ่งต่าง ๆ

1.3 การสื่อสารในองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.199$, $P\text{-value}=0.002$) โดยส่วนใหญ่เห็นว่าการสื่อสารด้านกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและการอบรมเรื่องระบบคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลที่มีความสม่ำเสมอมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลมาก โดยเฉพาะการสื่อสารจากผู้บริหารมายังผู้ปฏิบัติที่มีความรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนนท์ สุวรรณวงศ์ (2560) ที่ทำการศึกษา เรื่องการสื่อสารที่ส่งผลต่อการรับรู้การรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการสื่อสารได้แก่ องค์ประกอบของการสื่อสาร และบรรยากาศในการสื่อสาร

1.4 วัฒนธรรมองค์กรมีความสัมพันธ์กับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.504$, $P\text{-value} \leq 0.001$) จากการทดสอบสมมติฐานการวิจัยพบว่า การรู้สึกมีคุณค่าในการทำงานที่โรงพยาบาล มีความรู้และเข้าใจวัตถุประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาก สอดคล้องกับการวิจัยของ นานาณภาพ คำลอยฟ้า (2563) ที่ทำการศึกษาเรื่อง การรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ด้านวัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพคือ โรงพยาบาลมีการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น เปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีการนำเสนอผลงานการพัฒนาคุณภาพ

1.5 แรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.369$, $P\text{-value} < 0.001$) พบว่าถ้าหน่วยงานให้ความสำคัญต่อบุคลากรที่ทำงานสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ จะทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

1.6 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.518$, $P\text{-value} < 0.001$) หัวข้อการมีส่วนร่วมในการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและญาติมีคะแนนสูงสุด รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน แสดงว่าการที่เปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลและการกำหนดมาตรการต่างๆ ด้วยตนเองจะเป็นแรงจูงใจในการทำงานมาตรฐานเพิ่มขึ้น

1.7 ด้านผู้นำองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.321$, $P\text{-value} \leq 0.001$) จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากผู้นำสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลได้ ดังนั้น ในการส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การสนับสนุนจากผู้นำจึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของสุนันท์นิ หอยเลย (2565) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA ในภาพรวมอยู่ในระดับกลาง ดังนั้น ควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้เข้าใจในทิศทางเดียวกัน มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2) ด้านการสื่อสารในองค์กร เพิ่มช่องทางการสื่อสารภายในองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3) ด้านอัตรากำลัง ความมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน กระจายงานให้มีผู้รับผิดชอบหลายคน ช่วยกันในแต่ละหมวด

4) ส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจเมื่อได้มาทำงานที่ท้าทายหรือเมื่อ ทำงานบรรลุเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

กัลยาณี สุเวทเวทิน.(2561). การศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA จังหวัดอำนาจเจริญ. อำนาจเจริญ.

จุฑาสินี สัมมานันท์.(2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษา โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี.(การค้นคว้าอิสระ หลักสูตร บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).นนทบุรี

ธนภรณ์ พรรณราย.(2565).ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร องค์การบริหาร ส่วนจังหวัดสงขลา.ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.สงขลา

นาถนภา ลอยคำฟ้า.(2563).การรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน HA ในโรงพยาบาลชุมชน. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.กรุงเทพมหานคร

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).(2565). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : ก.การพิมพ์เทียนทอง

อโนทัย พลิตนันทเกียรติและทิพย์รัตน์ แก้วศรี.(2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร.สมุทรปราการ

อำพัน วิมลวัฒนา.(2561).โมเดลสมการโครงสร้างการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขอย่างยั่งยืน.(วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต).มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. นครปฐม



ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในประชาชน ตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

สุทธิพงษ์ ทาสอน¹, ฤทธิชัย ทิตะพัน²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและเปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในประชาชนตำบลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร สุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 392 คน ตามสัดส่วนของประชากร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูง มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยมีคะแนนสูงสุดในเรื่องโรคอุจจาระร่วงเกิดจากการกินอาหารหรือน้ำไม่สะอาด มีเชื้อโรคปนเปื้อน และเก็บอาหารให้มิดชิดไม่ให้แมลงวันตอม สามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับดีมาก ร้อยละ 44.6 ($X = 1.97$, $S.D. = 0.530$) โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ทุกครั้ง คือ ถ่ายอุจจาระในห้องส้วม ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติเลย คือ เมื่อรับประทานอาหารไม่หมด จึงนำไปเก็บไว้ในตู้กับข้าวเพื่ออุ่นกินใหม่

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ ควรมีการศึกษาด้านอื่นๆ ร่วมด้วยเนื่องจากผลโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก แต่เมื่อพิจารณารายข้อยังพบพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ไม่ดี อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจนเกิดการระบาดของโรคต่อไปได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค, อุจจาระร่วง, กลุ่มวัยทำงาน

¹นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

The Knowledge and Behavior Prevention Diarrhea Among People In Saignam Subdistrict, Saingam District, Kamphaeng Phet Province.

Suttipong Tason¹, Rittichai Thithaphan²

Abstract

This study aims to investigate and compare the degree of Knowledge and Behavior Prevention Diarrhea Among People in Saignam Subdistrict, Kamphaeng Phet Province. Pick a certain sample group. The sample were 392 people individuals completed a questionnaire. With the use of descriptive statistics, data were examined.

The results found that: the sample group had a high level of more than 80 percent or higher, according to the data. has the highest score when it comes to diarrhea brought on by consuming dirty, germ-contaminated food or water. diarrhea can be avoided by carefully sealing food containers to keep flies away. and conduct Sai Ngam Subdistrict residents' prevention of diarrhea The majority of them (44.6 percent; $X = 1.97$, $S.D. = 0.530$) exhibit extremely good behavior, and this behavior is repeatable each time they use the restroom to relieve themselves. The act of leaving food unfinished and putting it in the pantry to reheat and consume is a habit that is completely non-practiced.

Suggestions from this research: Even if the overall results are excellent, inadequate diarrhea prevention behavior was still found, which could have an impact on public health and lead to more disease outbreaks. As a result, more research in other regions is necessary.

Keywords: Preventive behavior, Diarrhea, Working age group.

¹Public Health Specialist, Primary and Integrated Care Service Group, Sai Ngam Hospital, Kamphaeng Phet Province

²Public Health Specialist, Primary and Integrated Care Service Group, Sai Ngam Hospital, Kamphaeng Phet Province

บทนำ

โรคอุจจาระร่วง หรือ อาการท้องร่วง (Diarrhea) จากการรายงานขององค์การอนามัย พบอัตราป่วยด้วย ตั้งแต่ปี 2547 ถึง 2550 ในทวีปเอเชียใต้สูงที่สุดคือ 783 ล้านคน ทวีปแอฟริกา 696 ล้านคน เอเชียตะวันออก 435 ล้านคน และทวีปอื่นๆ รวมถึงเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 480 ล้านคน (นันทน์ภัส เพ็ชรสุวรรณ และคณะ, 2560) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สอง ในปี 2562 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มากกว่า 370,000 คน (World Health Organization, 2023) สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงในประเทศไทย ปี 2566 (วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2565) มีผู้ป่วยมากถึง 641,281 ราย โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 15-24 ปี รองลงมาคืออายุ 25-34 ปี และอายุ 65 ปีขึ้นไป พบมากที่สุดได้แก่ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2566) ส่วนในปี 2566 (วันที่ 1 มกราคม ถึง 23 กุมภาพันธ์ 2566) พบผู้ป่วยจำนวน 127,902 คน กลุ่มอายุที่ป่วยสูงที่สุดคือ กลุ่มวัยเรียน 2-15 ปี ร้อยละ 39.07 รองลงมาคืออายุมากกว่า 55 ปี ร้อยละ 11.48 และอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 11.37 ตามลำดับ (ธนศ กรัษนัยรวิวงศ์, 2566) จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์ ปี 2566 วันที่ 1 มกราคม ถึง 4 ธันวาคม 2566 พบว่า มีจำนวนอัตราป่วยเท่ากับ 827.49 ต่อประชากรแสนคน ยังไม่พบผู้เสียชีวิต เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า อัตราป่วยสูงที่สุดได้แก่ พิจิตรเท่ากับ 1,150.65 รองลงมาเป็นนครสวรรค์เท่ากับ 1,079.67 อุทัยธานีเท่ากับ 923.09 ชัยนาทเท่ากับ 491.90 และกำแพงเพชรเท่ากับ 345.57 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์, 2566) จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ปี 2566 ยังคงมีการระบาดของโรคอุจจาระร่วงอย่างต่อเนื่อง พบอัตราป่วยเท่ากับ 857.25 ต่อประชากรแสนคน พิจารณายกยกรายอำเภอ 3 อันดับแรกที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด ได้แก่ อำเภอลานกระบือ เท่ากับ 1,033.32 รองลงมาเป็นอำเภอไทรงาม เท่ากับ 1,011.92 และอำเภอเมืองกำแพงเพชร เท่ากับ 1,004.65 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2566)

สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง มีหลายปัจจัย ได้แก่ การปนเปื้อนจากสิ่งแวดล้อม และการสัมผัสต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น รวมทั้งพบในเด็กเล็ก ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ติดเชื้อหัด ภาวะทุพโภชนาการ และการไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น (จิตติมา เงินมาก, 2561) อาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ได้แก่ ท้องเสีย อุจจาระเป็นน้ำหรืออาจเป็นมูกเลือดปนได้ ปวดท้อง ปวดเบ่ง คลื่นไส้ อาเจียนหรือมีไข้ เป็นต้น นอกจากอาการทางด้านระบบทางเดินอาหารแล้ว ผู้ป่วยยังมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การสูญเสียน้ำและเกลือแร่ ปากแห้ง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปัสสาวะออกลดลง ความดันโลหิตต่ำ และช็อค เป็นต้น ทั้งนี้ ความรุนแรงขึ้นอยู่กับสาเหตุของอาการท้องเสียเฉียบพลันด้วย (คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ใหญ่ โดยการมีสุขอนามัยที่ดี การล้างมือ เตรียมอาหารที่ปลอดภัย และการเข้าถึงน้ำสะอาด การจัดการด้านสาธารณสุข ได้แก่ การส่งเสริมในการล้างมือ สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงได้ รองลงมาเป็นการพัฒนาวัคซีนป้องกันที่มีความสำคัญสูงในการป้องกันโรค (Wendy Barr et. al., 2014)

ดังนั้นจากข้อมูลของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ทำให้เห็นปัญหาทางสาธารณสุขในพื้นที่อำเภไทรงาม ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงติดอันดับ 1 ใน 3 อำเภอจากทั้งหมด 11 อำเภอในจังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงใน

ประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ สร้างความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยตนเองและบุคคลในครอบครัว อีกทั้งยังสามารถเป็นแบบอย่างให้กับพื้นที่ใกล้เคียงในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

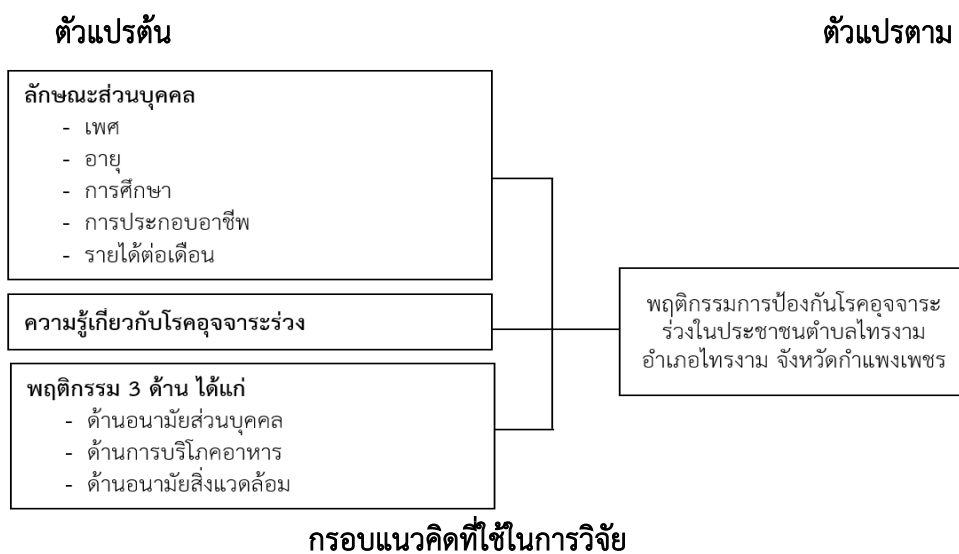
เพื่อศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานของการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาระดับของความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนจากการสุ่มตัวอย่างในตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร เก็บข้อมูลช่วงเดือนเมษายน ปี 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าความรู้ และพฤติกรรมส่วนบุคคลที่นำมาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ เพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง สร้างสุขลักษณะส่วนบุคคล การเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และการมีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี โดยนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวนทั้งหมด 5,741 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2566)
2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ประชาชนที่อาศัยในตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ตามประเภทการอยู่อาศัย คือ มีตัวอยู่ในพื้นที่และมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และตัวอยู่ในพื้นที่ แต่ไม่ได้ย้ายเข้าทะเบียนบ้าน
2. อาศัยอยู่ อย่างน้อย 1 ปี
3. สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ พุดคุยได้ตอบ และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
4. สม่ัครใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ประชาชนที่อาศัยอยู่ชั่วคราว น้อยกว่า 1 ปี
2. เป็นประชาชนที่อาศัยตามประเภทการอยู่อาศัยแบบอื่น คือ มีรายชื่อในทะเบียนบ้านแต่ตัวบุคคลไปอยู่ที่อื่น และกลุ่มชาวต่างชาติ และต่างด้าว เป็นต้น
3. ประชาชนที่ขอถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล ย้ายที่อยู่ หรือเสียชีวิต
4. ประชาชนที่อาศัยอยู่อำเภออื่น

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของทาโร่ ยามาเน่ Yamane, 1973 (ภัทรานิษฐ์ เหมาะทอง และคณะ, 2560) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 374 คน และสุ่มตัวอย่างสำรองไว้ร้อยละ 5 รวมเป็นจำนวน 392 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 3 ส่วนดังนี้
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน
 - ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 17 ข้อ 2 ตัวเลือก ถูกให้ 1, ผิดให้ 0 คะแนน การแปรความหมายการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ

โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1956) คือ ความรู้ระดับสูงมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 และความรู้ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอ ไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 21 ข้อ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติให้ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน และปฏิบัติทุกครั้งให้ 3 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายที่แบ่งระดับเป็น 3 ระดับโดยมีความกว้างของขั้นดังนี้ (Bloom, 1956) ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับน้อย

แบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ได้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.74 (นัฏกร สุขเสริม , 2562) จึงนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 392 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิจัย ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเสนอต่อผู้นำหมู่บ้าน เพื่อขอทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถาม เพื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 392 คน เพื่อศึกษาความรู้และ พฤติกรรมของประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร
3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยอธิบาย วิธีการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วนให้กับกลุ่มตัวอย่าง
4. เก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในการตอบ แบบสอบถามให้ครบถ้วน ร้อยละ 100 แล้วนำกลับมาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ การแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง โดยคำนวณหาจำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
3. ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในชุดแบบสอบถาม โดยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนทั้งหมด 78 คน อัตราการตอบกลับร้อยละ 100 ได้ข้อมูลทั่วไปของประชาชนตำบลไทรงาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.6 มีอายุตั้งแต่ 45-59 ปีร้อยละ 62.5 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 62.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 43.4 มีรายได้ต่ำกว่า 4,999 บาทต่อเดือนร้อยละ 70.4

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงามพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้และตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ในเรื่องของโรคอุจจาระร่วงเกิดจากการกินอาหารหรือน้ำไม่สะอาด ที่มีเชื้อโรคปนเปื้อน และการเก็บอาหารให้มิดชิด ไม่ให้แมลงวันตอม สามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ร้อยละ 100.0 รองลงมาคือการติดต่อของโรคอุจจาระร่วงเกิดจากการกินอาหารหรือดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อโรคร้อยละ 99.0 รองลงมาคือเมื่อมีอาการของโรคอุจจาระร่วง ไม่ควรดื่มน้ำ หรือดื่มน้ำที่สะอาด แต่ควรให้อาหารอ่อนร้อยละ 97.4 ตามลำดับ ส่วนเรื่องที่คนตอบผิดมากที่สุดได้แก่ การใช้มีดหรือเขียงหั่นอาหารดิบ แล้วมาหั่นอาหารสุก อาจจะทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ร้อยละ 80.9 เมื่อแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป รองลงมาคือมีความรู้ระดับต่ำ และปานกลางตามลำดับ ($\bar{X}$ = 16.11, S.D. = 1.595) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แบ่งระดับของความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-10 คะแนน)	11	2.8
ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (11-12 คะแนน)	15	3.8
ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (13-17 คะแนน)	366	93.4

$\bar{X}$ = 16.11, S.D. = 1.595, Max=17, Min=8

การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.97, S.D.= 0.530) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีระดับพฤติกรรมดีมาก คือ ถ่ายอุจจาระในห้องส้วม ($\bar{X}$ = 3.00, S.D.= 0.000) ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงระดับปานกลาง 3 อันดับแรก คือ การใช้ช้อนร่วมกับผู้อื่น ($\bar{X}$ = 2.18, S.D.= 0.683) รองลงมาคือดื่มน้ำโดยใช้แก้วน้ำร่วมกับผู้อื่น ($\bar{X}$ = 2.16, S.D.= 0.732) และกินอาหารสุกๆ ดิบๆ ($\bar{X}$ = 2.09, S.D.= 0.757) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงน้อย คือ เมื่อรับประทานอาหารไม่หมด จึงนำไปเก็บไว้ในตู้กับข้าวเพื่อไปอุ่นกินใหม่ ($\bar{X}$ = 1.64, S.D.= 0.607) เมื่อแบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับดีมาก

ร้อยละ 44.6 รองลงมาคือมีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับน้อย ร้อยละ 38.1 และมีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับปานกลาง ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ ($\bar{X} = 1.97$, S.D. = 0.530) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แบ่งระดับของพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
มีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00)	175	44.6
มีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33)	68	17.3
มีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66)	149	38.1

$\bar{X} = 1.99$, S.D. = 0.530

อภิปรายผล

การวิจัยพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 418 คน สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

จากข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จากสมมติฐานของการวิจัย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 45-59 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sorif- Hossain *et. al.* (2022) การป้องกันโรคอุจจาระร่วงโดยประเมินจากปัจจัยของสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือของประชาชนในประเทศบังกลาเทศ พบว่า หัวหน้าครอบครัวที่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้มากกว่าเพศชายที่เป็นหัวหน้าครอบครัว จากสถานภาพที่มีระดับการศึกษา รายได้ และสถานะมั่นคง สามารถสร้างหลักปฏิบัติตามสุขาภิบาล มีความพร้อมในการหาซื้อวัสดุต่างๆ เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ดีกว่า

ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงของประชาชนตำบลไทรงาม ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคณิง คิริพูนผล (2566) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนชาวกระเหรี่ยงเผ่าปากาเกะญอ จังหวัดตาก พบว่า ประชาชนที่มีความรู้สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการควบคุมและป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีความรู้มากที่สุด ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงเกิดจากการกินอาหารหรือน้ำไม่สะอาด มีเชื้อโรคปนเปื้อน และการเก็บอาหารให้มิดชิด ไม่ให้แมลงวันตอม สามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ ส่วนเรื่องที่มีความรู้้น้อย คือ การใช้มีดหรือเขียงหั่นอาหารดิบ แล้วมาหั่นอาหารสุก อาจจะทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนันท์นภัส เพ็ชรสุวรรณ และสุเวช พิมน้ำเย็น (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคล ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนชาวไทยภูเขา จังหวัดลำปาง พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมประชาชนมีความรู้มากขึ้น สามารถเข้าใจ อธิบายเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงได้ เพื่อนำไปปฏิบัติ และส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ห่างไกลโรคอุจจาระร่วง และในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงใน

ประชาชนตำบลไทรงาม พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับมาก ร้อยละ 42.3 สอดคล้องกับการศึกษาของอัศรีย พิชัยรัตน์ และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลตรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับพฤติกรรมที่สามารถป้องกันและทำนายพฤติกรรมการป้องกันได้ร้อยละ 57.64 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอนามัยส่วนบุคคล ประชาชนตำบลไทรงาม มีพฤติกรรมสูงที่สุดที่ปฏิบัติทุกครั้งคือการขับถ่ายอุจจาระในห้องส้วม สอดคล้องกับการศึกษาของนักร สุธเสริม (2562) ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในตำบลสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมทำความสะอาดห้องน้ำห้องส้วม ให้สะอาด พร้อมใช้อยู่เสมอมากที่สุด จึงช่วยจัดการสุขลักษณะส่วนบุคคลได้ ส่วนพฤติกรรมของประชาชนตำบลไทรงามที่ไม่ได้ปฏิบัติเลยมากที่สุดคือ การล้างมือด้วยสบู่หรือน้ำสะอาดก่อนกินอาหารในแต่ละมื้อ หรือหลังการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของ อลงกฎ ดอนละ (2562) พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชน จังหวัดหนองคาย พบว่า หลังการใช้ส้วมหรือสัมผัสสิ่งขับถ่ายปฏิบัติน้อยที่สุด จึงส่งผลให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ ส่วนด้านการบริโภคอาหาร ปฏิบัติบางครั้งที่สูงที่สุดคือการรับประทานอาหารไม่หมด จึงนำไปเก็บไว้ในตู้กับข้างเพื่ออุ่นกินใหม่ การแยกเชิงระหว่างของสุกและของดิบ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา จงศิริยรรยง และทัศนีย์ พานอนันต์ (2563) ศึกษาการสอบสวนการระบาดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในที่พักชั่วคราว จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงคือการรับประทานอาหารที่ไม่ได้ปรุงสุกใหม่ทุกครั้ง เนื่องจากรับประทานไม่หมดในแต่ละมื้อ ก็จะเก็บอาหารไว้ และนำกลับมารับประทานใหม่อีกครั้ง และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนไม่ได้ปฏิบัติเลยคือ การจัดเตรียมภาชนะใส่อาหารที่ใช้แล้วให้มิดชิดจากพาหะนำโรค เช่น แมลงวัน แมลงสาป เป็นต้น อาหารสด ล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุงหรือเก็บ และการทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัว สอดคล้องกับการศึกษาของธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ (2564) ศึกษาการสอบสวนโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงใหม่ พบการระบาดของโรคอุจจาระร่วงในโรงเรียน เมื่อสอบสวนโรคพบว่าเกิดจากสถานที่ประกอบอาหารและสถานที่รับประทานอาหาร ไม่เป็นระเบียบ ตู้เย็นที่เก็บของสดมีน้ำแข็งเกาะหนาตัว และมีน้ำจากของสดไหลออกมา อาจปนเปื้อนกับอาหารชนิดอื่นที่เก็บไว้รวมกันได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี แก้วประดับ และคณะ (2565) ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของการระบาดแบบกลุ่มก้อนและมาตรการควบคุมโรคอาหารเป็นพิษ พบว่า มีการปนเปื้อนในอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ และน้ำแข็ง ที่มาจากตัวผู้ประกอบอาหาร ผู้ปรุงอาหาร และผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงมีความจำเป็นในการกำหนดมาตรการควบคุมการระบาด โดยการให้ความรู้ เฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ทำให้ทราบถึงระดับความรู้และระดับพฤติกรรมของประชาชน เพื่อเป็นแนวทางให้การดำเนินงาน 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับนโยบาย โรงพยาบาลไทรงาม สามารถนำผลที่ได้ไปกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้ความรู้และหาแนวทางป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงในประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร
2. ระดับวิชาการ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อมูลหรือรายงาน และทำให้ทราบระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร
3. ระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลที่ได้ไปจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในพื้นที่อื่นๆต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทรงาม ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนทำให้ผลงานวิชาการฉบับนี้สำเร็จด้วยความสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานเหตุการณ์ที่สำคัญทางระบาดวิทยา สัปดาห์ที่ 5. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1384320230210090030.pdf>.
- กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงจังหวัดกำแพงเพชร 5 ปีย้อนหลังและแยกรายอำเภอ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://mis.kpo.go.th/web-cdc/index.php>.
- คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea). [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://www.tropmedhospital.com/knowledge/acute_diarrhea_intro.html.
- คณิง ศิริพูนผล. (2566). ความรู้ และพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของประชาชนชาวกระเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ ในเขตพื้นที่ รพ.สต.บ้านกาหมาผาได้ ตำบลแม่หละ อำเภอสองยาง จังหวัดตาก. การประชุมวิชาการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2 (R2R). [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/r2r/MA2566-004-02-0000001334-0000001446.pdf>.
- ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2564). การสอบสวนโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, 15(1), 55-66.

- ธเนศ กรัษนัยรวิวงศ์. กรมควบคุมโรคเผยตัวเลขผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง 2 เดือนป่วย 127,902 คน ฝ้าระวังเด็กเล็ก-ผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaipbs.or.th/news/content/325009>.
- ธิติมา เงินมาก. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea). [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/140_2018-05-01.pdf.
- นัฏกร สุขเสริม. (2562). พฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในตำบลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 14(2), 214-221.
- นันทน์ภัส เพ็ชรสุวรรณ และสุเวช พิมน้ำเย็น. (2560). ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง อำเภองาว จังหวัดลำปาง. *สมาคมสถาบันบัณฑิตศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(1), 15-26.
- ภัทรานิษฐ์ เหมาะะทอง, วินิดา ทองโคตร และสุพรรณิ อึ้งปัญญัตตวงศ์. การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_9_Yamane.pdf.
- ยุวดี แก้วประดับ, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ และภาวินี ดั่งเงิน. (2565). ลักษณะทางระบาดวิทยาของการระบาดแบบกลุ่มก้อนและมาตรการควบคุมโรคอาหารเป็นพิษในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 28(2), 71-80.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์. รายงานสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <http://odpc3.ddc.moph.go.th/datacenter/srr506/situationindex.php>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. ประชากรสัญชาติไทยเทียบกับฐานทะเบียนราษฎร ตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bd4db23d6130746d62d2538fd0&id=b79d2503134f09e13681be97491753cf.
- สุกัญญา จงศิริรยง และทัศนีย์ พานอนันต์. (2563). การสอบสวนการระบาดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในที่พักชั่วคราวจังหวัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารควบคุมโรค*, 47(4), 1103-1115.
- อลงกฎ ดอนละ. (2562). ความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนอำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 17(2), 59-66.
- อัศรีย พิษย์รัตน์, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว และจันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลตรัง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 24(2), 82-97.



- Bloom, B. (1956). *Taxonomy of Education Objective Handbook I: Cognitive Domain*. New York: David Mc Kay Company. https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/PPP242/Benjamin%20S.%20Bloom%20%20Taxonomy%20of%20Educational%20Objectives%2C%20Handbook%201_%20Cognitive%20DomainAddison%20Wesley%20Publishing%20Company%20%281956%29.pdf.
- Hossain, S., Islam, M. M., Khokon, M. A. I., & Islam, M. M. (2021). On Prevention of Diarrheal Disease: Assessing the Factors of Effective Handwashing Facilities in Bangladesh. *Journal of Population and Social Studies [JPSS]*, 30, 103–115. Retrieved from <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jpss/article/view/256281>.
- Wendy B. and Andrew S. (2014). Acute Diarrhea in Adults. *Am Fam Physician*. 2014;89(3), 180-189. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2014/0201/p180.html>.
- World Health Organization. (2013). *World Health Statistics*. Geneva: Publications of the World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/82058/WHO_HIS_sequence=1.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว
อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

ศิริรัตน์ คามสายอ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ประชากรคือ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 232 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 150 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($P\text{-value}=0.008$) แรงสนับสนุนจากชุมชน ($P\text{-value} = 0.020$) แรงสนับสนุนทางการแพทย์ ($P\text{-value} = 0.038$) ตามลำดับ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว, E-mail: annsirirut30@gmail.com

Factors Related Behaviors in Preventing Diabetic Kidney Disease of Diabetic Patients in Banphraow Sub-district Health Promotion Hospital Nakhonchai District, Phitsanulok Province

Sirirat Kamsaioe¹

Abstract

This descriptive research aimed to study either selected Factors related behaviors in preventing kidney disease. Population in this study consisted of 232 diabetic patients in banphraow sub-district health promotion hospital nakhonchai district, phitsanulok province. and the sample size calculating used Daniel formula for 150 cases, and systematic random sampling was determine for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 4 parts including, characteristics, health literacy, social support and behaviors in Preventing Kidney Disease . In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.867. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The results of the research were as follows: perceived obstacles to prevent diabetic nephropathy ($r = -0.214$, $P\text{-value}=0.008$), community support ($r=0.189$, $P\text{-value}=0.020$) and medical support ($r=0.169$, $P\text{-value}=0.038$) There was a statistically significant correlation with behaviors in preventing diabetic kidney disease of diabetic patients in banphraow sub-district health promotion hospital nakhonchai district, phitsanulok province. at the 0.05 level.

Keywords: Type 2 diabetes patients, Health literacy, Health behavior

¹Registered Nurse, Professional Level. Banphraow Sub-district Health Promotion Hospital, E-mail: annsirirut30@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อ ที่พบได้ในประชากรทุกประเทศทั่วโลก ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่เรื้อรัง เพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคเบาหวานสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมรวมถึงการดำรงชีวิตของคน ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานที่ไม่ถูกต้อง ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ปี 2565 มีผู้ป่วยทั่วโลกแล้ว 537 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

สำหรับในประเทศไทย โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และของประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มโรค NCDs 4 โรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ-โรคหลอดเลือดสมอง, โรคมะเร็ง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย และประชาชนป่วยด้วยโรค NCDs เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่แนวโน้มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และป่วยด้วยโรค NCDs ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (กรมควบคุมโรค, 2562)

ผลกระทบของร่างกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นเป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความเสื่อมของหลอดเลือดในอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ไต ตา และเท้า โดยหลอดเลือดขนาดใหญ่ จะมีการตีบแข็ง เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาจากการเจ็บป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เป็นภาระของครอบครัว ชุมชน และเป็นปัญหาสุขภาพระดับประเทศ นอกจากนี้การ เจ็บป่วยยังมีผลต่อวิถีชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างที่เคยปฏิบัติอยู่ หรือเพิ่มการ ปฏิบัติกิจกรรมในสิ่งที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการ รับประทานยา สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจผู้ป่วย เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ท้อแท้ และสิ้นหวัง ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาจนกระทั่งสูญเสียอวัยวะหรือเสียชีวิตลง (สิทธิธนา โตอ่อนและศิริเนตร สุขดี, 2566)

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในพื้นที่ตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆปี โดยในปี พ.ศ.2562 พบมีผู้ป่วยรายใหม่ อัตราป่วยต่อแสนประชากร 446.71 ปี พ.ศ. 2563 อัตราป่วย 495.62 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2564 อัตราป่วย 662.21ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2565 อัตราป่วย 640 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2566 อัตราป่วย 742.53ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราป่วยรายใหม่ด้วยเบาหวานที่มีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว, 2566)

อีกทั้งเมื่อมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทำให้ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นเพิ่มอย่างต่อเนื่อง ภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เกิดจากโรคเบาหวานโดยตรงมักเกิดขึ้นหลังเป็นโรคอย่างน้อย 5 ปี แต่ส่วนใหญ่มักเกิดหลัง 15-25 ปี โดยในระยะแรกจะไม่มีอาการใดปรากฏให้ทราบแม้จากการตรวจเลือด ในระยะแรกที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมักไม่มีอาการ ฉะนั้นจึงรู้ได้จากการตรวจปัสสาวะพบโปรตีนเท่านั้น ในระยะหลังของโรคจะมีอาการบวม ซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสียโปรตีนทางปัสสาวะ โดยที่ไตยังทำงานได้ หรือ มีการคั่งของเกลือจากภาวะไตวายก็ได้ภาวะแทรกซ้อนทางไตในโรคเบาหวานเป็นผลจากการที่น้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือดที่ไต และยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อไตโดยตรงด้วย การเปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่างนี้ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไต ซึ่งนำไปสู่การมีโปรตีนในปัสสาวะและภาวะไตวายที่สุด นอกจากนั้นปัจจัยด้านพันธุกรรมก็มีบทบาทเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต

ภาวะแทรกซ้อนทางไตสามารถป้องกันได้ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ แต่ทั้งนี้ การป้องกันต้องทำก่อนที่จะมีโปรตีนในปัสสาวะ หลังจากมีโปรตีนในปัสสาวะแล้วจะไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคไตได้ จะทำได้เพียงชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเท่านั้น ซึ่งจะทำให้ได้อยู่ระยะหนึ่ง ในที่สุดก็จะเกิดภาวะไตวายขึ้น ฉะนั้นการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ได้ตั้งแต่ต้นจึงมีความสำคัญยิ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน ธันวาคม 2566 – กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานตำบลบ้านพร้าว และที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ.2566 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 232 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel (2010) จำนวน 145 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Rosenstock,1999) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน, การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน,การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 30 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากชุมชน แรงสนับสนุนทางการแพทย์ จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยา การไม่สูบบุหรี่และการจัดการกับความเครียด จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.867

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยนอร์ท เอกสารรับรองเลขที่ 24/2563 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2566 เพื่อพิจารณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรค เบาหวานชนิดที่ 2 และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโรค เบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (55.30%) มากกว่าเพศชาย (44.70%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 55-64 ปี (44%) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.41 ปี ($\bar{X}$ =57.41, S.D.=8.427, Min=35, Max=70) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน (88.70%) และมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก (8.70%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (78.00%) จบมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า (18.70%) มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (48.70%) สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (63.71%) ($\bar{X}$ =5,795, S.D.= 7,313.943, Min=600, Max=60,002) สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นหลักคือ สามเณรและ/หรือภรรยา (60.00%) รองลงมาคือบุตร จำนวน 55 คน (36.70%) ประวัติการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 107 คน (71.30%) และไม่มีโรคประจำตัว 41 คน (27.30%)

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำแนกรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีระดับการรับรู้ความเสี่ยงของโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (62.00%) ($\bar{X}$ =2.38, S.D.=0.487) มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (65.30%) ($\bar{X}$ =2.34, S.D.=0.477) มีระดับการรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (59.30%) ($\bar{X}$ =25.9, S.D.=0.492) และ มีระดับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (66.00%) ($\bar{X}$ =2.65, S.D.=0.491) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก (n = 150)

ความรู้ ด้านสุขภาพ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. การรับรู้ความเสี่ยงของโรคเบาหวาน	57	38	93	62	0	0	2.38	0.487
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	52	34.7	98	65.3	0	0	2.34	0.477
3. การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	89	59.3	61	40.7	0	0	2.59	0.492
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	99	66	50	33.3	1	0.7	2.65	0.491

แรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีระดับแรงสนับสนุนจากครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (85.30%) ($\bar{X}$ =2.85, S.D.=0.354) มีระดับแรงสนับสนุนจากชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 91 คน (60.70 %) ($\bar{X}$ =2.32, S.D.=0.537) และแรงสนับสนุนทางการแพทย์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.70 %) ($\bar{X}$ =2.70, S.D.=0.482) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก (n=150)

แรงสนับสนุน ทางสังคม	ระดับการปฏิบัติ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
1. แรงสนับสนุนจากครอบครัว	128	85.30	22	14.70	0	0.00	2.85	0.354
2. แรงสนับสนุนจากชุมชน	54	36.00	91	60.70	5	2.30	2.32	0.537
3. แรงสนับสนุนทางการแพทย์	109	72.70	39	26.00	2	1.30	2.70	0.482

ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 150 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลกอยู่ระดับปานกลาง จำนวน 118 คน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.92 ($\bar{X}$ =1.92, S.D.= 0.456)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก (n=150)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	จำนวน(คน)	ร้อยละ	Mean	S.D.
การป้องกันอยู่ระดับน้อย	22	14.70		
การป้องกันอยู่ระดับปานกลาง	118	78.70	1.92	0.456
การป้องกันอยู่ระดับมาก	10	6.70		

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนทางไต ($r = -0.214$, $P\text{-value} = 0.008$) แรงสนับสนุนจากชุมชน ($r = 0.189$, $P\text{-value} = 0.020$) และแรงสนับสนุนทางการแพทย์ ($r = 0.169$, $P\text{-value} = 0.038$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- เพศ	0.019	0.819	ไม่มีความสัมพันธ์
- อายุ	0.040	0.628	ไม่มีความสัมพันธ์
- สถานภาพสมรส	-0.056	0.494	ไม่มีความสัมพันธ์
- ระดับการศึกษา	0.046	0.573	ไม่มีความสัมพันธ์
- การประกอบอาชีพ	-0.109	0.183	ไม่มีความสัมพันธ์
- รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	0.019	0.818	ไม่มีความสัมพันธ์
- ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ	-0.042	0.609	ไม่มีความสัมพันธ์
- การมีโรคประจำตัว	0.001	0.989	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้ด้านสุขภาพ			
- การรับรู้ความเสี่ยงของโรคเบาหวาน	-0.134	0.102	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	-0.057	0.491	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	-0.086	0.296	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	-0.214	0.008*	มีความสัมพันธ์ทางลบ
แรงสนับสนุนทางสังคม			
- แรงสนับสนุนจากครอบครัว	-0.114	0.164	ไม่มีความสัมพันธ์
- แรงสนับสนุนจากชุมชน	0.189	0.020*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนทางการแพทย์	0.169	0.038*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลกอภิปรายผลได้ดังนี้

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.214$, $P\text{-value} = 0.008$) ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม การเข้าใจความเสี่ยง การรับรู้ถึงความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นสิ่งสำคัญ ควรเข้าใจถึงปัจจัยที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยง จะช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ การรับรู้สัญญาณและอาการที่ชี้ชัดถึงภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น ปัสสาวะบ่อย หรือปัญหาในการขับถ่าย จะช่วยให้สามารถหาทางป้องกันหรือรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิภาดา วรโพธิ์ (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ผลการวิจัยพบว่า ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($\beta = -0.259$, $P < 0.001$) มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

แรงสนับสนุนจากชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.189$, $P\text{-value}=0.020$) ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ โดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสนับสนุนให้มีพื้นที่สำหรับการออกกำลังกาย การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนกิจกรรมสุขภาพในชุมชน เป็นต้น การส่งเสริมการศึกษาและการเข้าถึงข้อมูล การส่งเสริมการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพไตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน และการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น การแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการควบคุมอาหารที่ถูกต้อง การสนับสนุนกิจกรรมชุมชน การจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน การส่งเสริมการสำรวจสุขภาพหรือการจัดกิจกรรมสาธารณะที่เสริมสุขภาพได้เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาสกร ธรรมจันทร์, นิภารัตน์ น้อยจันทร์และวรรณิศา เชื้ออนิชัย (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตพื้นที่ตำบลแม่ตาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ชุมชนและครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีข้อจำกัด ในการดูแลสุขภาพตนเองต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจากชุมชน บุคคลในครอบครัว บุคลากรด้าน สุขภาพ

แรงสนับสนุนทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.169$, $P\text{-value} = 0.038$) ซึ่งแรงสนับสนุนทางการแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 สามารถป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนทางไตได้อย่างเหมาะสม การปรึกษาและการ ติดตามโดยแพทย์ การได้รับคำแนะนำและคำปรึกษาจากแพทย์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไตและการควบคุม โรคเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญ การติดตามโดยแพทย์จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเชี่ยวชาญและ เหมาะสมต่อความต้องการของแต่ละบุคคล การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสนับสนุนและการ แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น การแนะนำการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอและการควบคุมอาหารให้เหมาะสม การจัดการภาวะแทรกซ้อนทางไต การรักษาและการจัดการ ภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยแพทย์มีความสำคัญเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเสื่อมสภาพของไตและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะยาว การสนับสนุนให้ผู้ป่วยทานยาตามระเบียบและการติดตามขั้นตอนการรักษาที่ แพทย์กำหนด เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การได้รับแรง สนับสนุนทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถดูแลสุขภาพไตและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในระยะยาว สอดคล้องกับงานวิจัยของ ซึ่งสอดคล้อง กับงานวิจัยของ รัฐติกรณ ลีทองดี (2565) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจาก บุคลากรทางสาธารณสุขหรือทันตบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.010, r=0.257$) ทั้งนี้เพราะบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือและนำไป ให้ความไว้วางใจในการให้คำแนะนำได้ ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากบุคลากรทางสาธารณสุขจึงอาจมีอิทธิพล ต่อบุคคลในการยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) จากข้อมูลระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 78.70 ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเจ้าหน้าที่ดำเนินการเร่งพัฒนาการกลยุทธ์การให้สุศึกษาและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เชิงรุก เพื่อความเข้าใจและเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง

2) จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงสนับสนุนจากชุมชนและแรงสนับสนุนทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ดังนั้นจึงเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลเกี่ยวกับคลินิกโรคเรื้อรัง ควรสร้างเครือข่ายความรู้แก่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. อินเทอร์เน็ต สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/latHG> เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566.
- กวิตรา สอนพุด, สัมวี ปิยะปณิตกุล. (2563). การดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรค เบาหวานความดันโลหิตสูงแลประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารพยาบาลสงขานครินทร์, 40(1), 101-114.
- ณิชาภัทร ยอดแคล้ว, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 26(2).24-33.
- ดวงรัตน์ หาญพุดและนวลพรรณ ระโหฐาน. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 โรงพยาบาลด่านช้าง. วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- นิตยา สิตะเสน, กิรดา ไกรนวัตรและรักชนก คชไกร. (2563). ความชุกและปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์.

- นิภาดา วรโพธิ์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอ
ทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. อุทัยธานี : มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นุชพร คุมใหม่. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตในผู้ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 :
มหาวิทยาลัยบูรพา
- พงษ์ประยูร แก้วหมื่น, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. วารสารวิชาการ
สาธารณสุขชุมชน.
- ภาสกร ธรรมจันทร์, นิภารัตน์ น้อยจันทร์และวรรณิศา เชื้ออนวิชัย. (2561). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตพื้นที่ตำบลแม่ตาว
อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ตาว.
- รัฐติกรณ์ ลีทองดี, วัชรพล วิวรรณ เถาว์พันธ์, จีรวัดน์ บุตรโคตร, ชัญญานุช แคว้นเขาเม็ง. (2565). แรงสนับสนุน
ทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภู
เวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล.
- เลิศวิทย์ เหลือผล. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลอาจ
สามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก. อินเทอร์เน็ต สืบค้นจาก
<https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/> เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2566.



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่

อิสริย์ ช่างบุ¹

บทคัดย่อ

การถอนพิษสุราเป็นปัญหาที่พบบ่อยในโรงพยาบาล การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ใน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาความรู้และทัศนคติของพยาบาลก่อนและหลังการอบรมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ประกอบด้วย หลักการรักษาระยะถอนพิษสุรา “5S” ได้แก่ Sedation Symptomatic Relief Supplement Supportive environment และ Standard care การประเมินผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราโดยแบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale, AWS) การบริหารยา การผูกมัดผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา การให้ความรู้เรื่องโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วยและญาติ และการดูแลส่งต่อและติดตาม กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 30 คน ส่วนระยะที่ 2 ศึกษาคะแนน AWS ของผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลในระยะที่ 1 จำนวน 36 รายเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน 1 ปีจำนวน 36 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test and T-test for independent sample ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทัศนคติสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ และ $P\text{-value} < 0.01$ ตามลำดับ และคะแนน AWS ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราสามารถลดความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา ดังนั้นควรนำไปใช้ในการควบคุมอาการถอนพิษสุรา

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา

¹หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ E-mail: Jumbn2513@gmail.com

The Effect Clinical Practice Guideline of Alcohol withdrawal Patient for Nursing in ward Chiangsaen Hospital

Isaree Changbu¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine effects of a clinical practice guideline (CPG) of alcohol withdrawal patient for Nursing in ward Chiangsaen Hospital. Divided into 2 phases, Phrase 1 is comparing between the knowledge and attitude of nurses before and after training on clinical practice guideline of alcohol withdrawal patient including of “5S” concept’s treatment for alcohol withdrawal are Sedation Symptomatic Relief Supplement Supportive environment and Standard care. Assessment of patients with alcohol withdrawal by the Alcohol Withdrawal Scale (AWS) drug administration, Restraining. Providing knowledge about the dangers of drinking alcohol to patients and care giver, referral and follow-up. Sample group in this study consisted of 30 nurses. Phrase 2 is comparing between AWS score mean of 36 alcohol withdrawal patients who receiving care from nurses in Phase 1. Data were collected from medical records for the past 1 year for 36 control group, data analyzed to test research hypothesis by Paired Sample t-test and T-test for independent sample. The result showed that knowledge and attitude score mean of nurse after training was significantly higher than before (p -value <0.001 , p -value <0.01 , respectively). and AWS score mean after receiving the CPG by nurse who trained in phrase 1 was significantly lower than that of patient received usual care (P -value <0.05). Results of this study indicate that a CPG of alcohol withdrawal patient for Nursing could reduce severity of alcohol withdrawal. Therefore, this CPG should be used as a method for controlling alcohol withdrawal symptom.

Keywords : Clinical Practice Guideline Alcohol withdrawal

¹Inpatient Ward, Chiang Saen Hospital E-mail: Jumbsn2513@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มของผู้ดื่มสุราเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่องทั่วโลกส่งผลทำให้ผู้ป่วยถอนพิษสุราที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลง ในหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง เกิดขึ้นในผู้ที่หยุดดื่มหรือลดการดื่มสุราลงกระทันหัน หลังจากที่ได้ติดต่อกันมานาน เป็นระยะเวลาหนึ่ง อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้หลังจากดื่มวิสกี้ปริมาณ 16 ออนซ์ หรือ 2/3 ขวดต่อวันติดต่อกันเป็นเวลานาน 14-21 วัน (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล, 2020) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง ทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานเป็นสองเท่า และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการชัก เพ้อคลั่ง อาจเกิดอัตราความรุนแรงสูง ต้องได้รับการตรวจพบแต่เนิ่น ๆ ถ้าได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง และการดูแลรักษาทันที หรือไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนอาจส่งผลให้อาการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนเกิดภาวะ Alcohol withdrawal delirium ซึ่งเป็นอาการถอนพิษที่รุนแรงร่วมกับอาการเพ้อคลั่งสั่น ระดับสติสัมปชัญญะและความรู้สึกตัว ความคิด ความจำ การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลเสียไป มีอาการหิวแหว่ ประสาทหลอน หรืออาจเกิดอาการชัก ที่เกิดจากภาวะพิษสุรา จนกลายเป็นภาวะความจำเสื่อมและสมองถูกทำลายอย่างถาวร (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2564) จากสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลเชียงใหม่ในระบบ Hosxp จากหอผู้ป่วยจำนวน 2 ย้อนหลัง 5 ปี คือตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 ถึง ปี 2566 พบว่าจำนวนผู้ป่วยจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรามีจำนวน 49, 98, 162, 145 และ 163 ตามลำดับ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลคือ 155, 373, 572, 630 และ 802 ตามลำดับ และมีค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนถึง 255, 497 642, 472 1,123,120 1,427,654 และ 1,589,671 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเชียงใหม่, 2566) และส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยถอนพิษสุรามีความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากการผูกมัด พลัดตกหกล้ม หนีออกนอกตึก เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุรา รุนแรง ทำให้ต้องมีการใช้อุปกรณ์ผูกมัดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย การดูแลรักษาจะยุ่งยาก ซับซ้อนมากกว่าการที่ผู้ป่วยตั้งใจมาบำบัดรักษาเพื่อการหยุดดื่ม และความมั่นใจในการให้ยาระงับประสาทของพยาบาลผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง แต่ทั้งนี้ยังพบว่าแนวปฏิบัติที่มียังไม่ชัดเจน และการปฏิบัติการพยาบาลยังต้องการการพัฒนา ดังจากสถิติจากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นในผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา พบว่าร้อยละ 20 ผู้ป่วยได้รับยา diazepam ไม่เหมาะสมและผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรงยาวนาน

ผู้วิจัยจึงสนใจปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราโดยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมตามงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มาปรับเพื่อให้เข้ากลับบริบท โรงพยาบาลชุมชนเชียงใหม่ การดูแลในทีมงานทางการพยาบาล การรายงานแพทย์ การผสมทีมสหสาขา มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยถอนพิษ

สุรา ปกป้องภัยจากภาวะแทรกซ้อน และการลดหรือป้องกันภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงยาวนาน จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการนอนโรงพยาบาลได้ โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal จะครอบคลุมในประเด็น ดังนี้ 1) การประเมินผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal โดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน Alcohol withdrawal scale (AWS) เพื่อเฝ้าติดตามระดับความรุนแรงของการอย่างต่อเนื่อง 2) ทักษะการตัดสินใจและการบริหารยาของพยาบาล 3) การผูกมัดผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal มีการขออนุญาตญาติผู้ดูแลใกล้ชิด โดยอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการผูกมัด มีการเซ็นยินยอม (Informed Consent) ในการผูกมัดทุกราย เพื่อป้องกันการร้องเรียนจากการผูกมัด 4) ให้ความรู้เรื่องโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยและญาติ และ 5) การดูแลส่งต่อและติดตาม (follow up) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ใน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเป็นคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยถอนพิษสุราในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงใหม่

รูปแบบการวิจัย

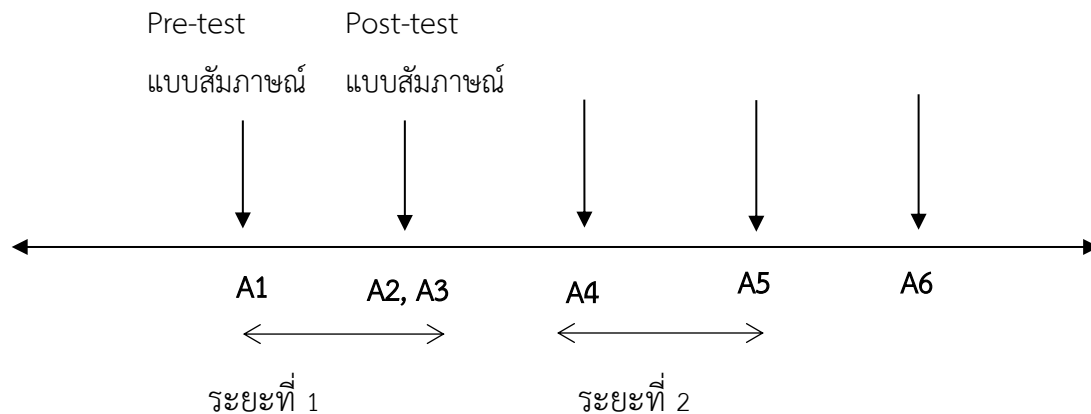
การวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้านความรู้และทัศนคติของพยาบาลภายหลังการอบรมการใช้แนวปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษ โดยใช้การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ระยะที่ 2 ศึกษาคะแนน AWS ของผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลในระยะที่ 1 จำนวน 36 ราย ศึกษาแบบ แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง (two groups and post test) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน 1 ปีจำนวน 36 คน ทั้ง 2 ระยะดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม 2566 – มกราคม พ.ศ.2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้านความรู้ และทัศนคติของพยาบาลภายหลังการอบรมการใช้แนวปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษ โดยใช้การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi

Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม 2566 – มกราคม พ.ศ.2567



A1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 ประเมินความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มทดลองของพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยใน ระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุราครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามเป็น Pre-test

A2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้แก่พยาบาล เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา” โดยการประชุมเสวนาเป็นกลุ่มเล็กๆ หรือประชุมอบรม 1 วัน 2-3 รุ่น ดังนี้

- ประเมินผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal โดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน Alcohol withdrawal scale (AWS)
- การบริหารยาของพยาบาลการรักษา Symptom Trigger Regimen แบบผู้ป่วยใน คือการให้ยาตามระดับประเภทผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินภาวะถอนพิษสุรา(AWS)
- การผูกมัดผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
- ให้ความรู้เรื่องโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยและญาติ

A3 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 ประเมินผลความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มทดลองของพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุราครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามเป็น Post-test

A4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 นำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

A5 หมายถึง กิจกรรมที่ 5 เก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล

A6 หมายถึง กิจกรรมที่ 6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ จำนวนการให้ยา และคะแนน AWS ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง (two groups and post test)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม 2566 – มกราคม พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ กลุ่ม 1 พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเชียงใหม่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยถอนพิษสุรา กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเชียงใหม่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยถอนพิษสุราจำนวน 30 คน กลุ่ม 2 คือ ประชากรคือผู้ป่วยถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) ที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Alcohol withdrawal ที่นอนพักรักษาในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 – กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 36 คน กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Alcohol withdrawal Syndrome และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีโรคร่วมภาวะทางจิตประสาทและทางสมองอย่างอื่นเรื้อรัง 2) ขอลอนตัวขณะเข้าร่วมการวิจัย 3) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ กลุ่มควบคุมที่เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Alcohol withdrawal ที่นอนพักรักษา ในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงใหม่ย้อนหลังจากเวชระเบียน 1 ปีจำนวน 36 คน จากนั้นจับคู่กลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (pair matching) ในเรื่องอายุ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ โดยใช้โปรแกรม G*power โดยอาศัยอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 และในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .60 ซึ่งในการวิจัยทางการแพทย์ขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษาควรอยู่ในระดับ .40-.60 (Burns & Grove, 2005) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ใน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่

กิจกรรมที่ 1 ประเมินความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มทดลองของพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุราครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามเป็น Pre-test การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ใน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ ประกอบด้วย

1) ประเมินความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มทดลองของพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุราครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามเป็น Pre-test

2) ให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองโดยการประชุมอบรม 1 วัน จำนวน 3 รุ่น ในเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุรา เรื่องการประเมินผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal โดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน Alcohol withdrawal scale (AWS) การบริหารยาของพยาบาลการรักษา Symptom Trigger Regimen แบบผู้ป่วยใน คือการให้ยาตามระดับประเภผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินภาวะถอนพิษสุรา (AWS) การผูกมัดผู้ป่วยระยะ Alcohol withdrawal เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ให้ความรู้เรื่องโทษจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยและญาติ หลังจากนั้นประเมินผลความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มทดลองของพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราถอนพิษสุราครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามเป็น Post-test และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลสำหรับพยาบาลที่เข้าอบรมการแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา

ส่วนที่ 1 เป็นข้อความที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ของพยาบาลผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นข้อความแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติด้านการดูแลผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา โดยเครื่องมือส่วนที่ 2 3 และ 4 ผู้วิจัยจะพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด และคะแนน 5 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด 2)

แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระยะเวลาการเกิดอาการนอนพิษสุราเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยนอนพิษสุรา โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ เกิด-ไม่เกิด ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากนั้นตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะนอนพิษสุรา 1 ท่าน ด้านอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะนอนพิษสุรา 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยนอนพิษสุรามากกว่า 10 ปี 1 ท่าน จากนั้นหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 1.00 และนำไปใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของของครอนบาค (alpha cronbach's coefficient) เท่ากับ 0.90

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในระยะนอนพิษสุราโดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประชุมระดมสมองจากทีมการพยาบาลและสหวิชาชีพ จากนั้นกลุ่มอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แล้วทดสอบข้อสอบวัดความรู้ในการดูแลผู้ระยะนอนพิษสุรา ประเมินทัศนคติด้านการดูแลผู้ระยะนอนพิษสุรา ก่อนและหลังเข้ารับการอบรมการแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะนอนพิษสุรา ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติด้านการดูแลผู้ระยะนอนพิษสุราของพยาบาล ภายหลังทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติใช้สถิติ Paired T-Test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน AWS ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง T-test for independent sample

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงราย เอกสารรับรองเลขที่ CRPPHO 169/2566 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 เพื่อพิจารณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ การขอความยินยอมในการให้ตอบแบบสอบถามของกลุ่มทดลอง นักวิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยและขั้นตอนในการตอบแบบสอบถามผู้ร่วมได้เข้าใจ และพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ตัดสินใจในการอนุญาตให้ข้อมูล หลังจากผู้ป่วยยินยอมให้ข้อมูลจึงจะให้เซ็นติใบยินยอม (Inform Consent) การตอบแบบสอบถามของพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยจะไม่มี การจดชื่อ-สกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือข้อมูลใดๆที่จะระบุให้ทราบว่าพยาบาลคือใคร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะเป็นความลับ และใช้เฉพาะงานวิจัยเท่านั้น การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเป็นการวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จะไม่มีการนำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลสำหรับพยาบาลที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะจัดทำเอกสารเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสำหรับการทำการปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะถาวรพิษสุรา

ผลการศึกษาวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ มีสัดส่วนของเพศหญิง (93.33%) มากกว่าเพศชาย (6.67%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-45 ปี (46.70%) ($\bar{X}=36.6$, $S.D.=8.873$, $Max=55$, $Min=23$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (100%) ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช(46.70%) ใกล้เคียงกันกับการพยาบาลผู้ป่วยใน (53.30%) ระยะเวลาการปฏิบัติงานทั้งหมดและระยะเวลาการปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลเชียงแสน ระหว่าง 6-20 ปี (46.70%)

ด้านความรู้

ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถาวรพิษสุรา ประกอบด้วย การใช้เครื่องมือการประเมินผู้ป่วยถาวรพิษสุรา การประเมินภาวะถาวรพิษสุรา การการบริหารยา

ผู้ป่วยถาวรพิษสุรา การพยาบาลผู้ป่วยถาวรพิษสุรา ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราจำแนกรายด้าน เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ความรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. การใช้เครื่องมือการประเมินผู้ป่วยถอนพิษสุรา	2.46	0.416	2.95	0.115	-6.201	58	<0.001
2. การประเมินภาวะถอนพิษสุรา	2.13	0.484	2.86	0.241	-7.424	58	<0.001
3. การการบริหารยาผู้ป่วยถอนพิษสุรา	2.35	0.381	2.90	0.202	-7.424	58	<0.001
ภาพรวมด้านความรู้	2.32	0.341	2.91	0.132	-8.784	58	<0.001

ด้านทัศนคติ

ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราประกอบด้วย การประเมินภาวะถอนพิษสุราและการให้ยา ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยถอนพิษสุรา การวางแผนจำหน่าย การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ สูงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราจำแนกรายด้าน เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ทัศนคติ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. การประเมินภาวะถอนพิษสุรา และการให้ยา	4.026	0.486	4.446	0.483	-3.525	58	<0.001
2. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยถอนพิษสุรา	4.383	0.582	4.535	.453	-1.855	58	<0.069
3. การวางแผนจำหน่าย	4.433	0.561	4.688	0.428	-1.982	58	<0.004
ภาพรวมทัศนคติ	4.22	0.379	4.556	0.414	-3.284	58	<0.002

การเปรียบเทียบตัวแปรกลุ่มผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาล น้อยกว่าเมื่อเทียบกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) มีคะแนน AWS ของผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($P\text{-value}<0.049$) น้อยกว่าเมื่อเทียบกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.049$) การให้ยา จำนวนการให้ยา Lorazepam 1mg oral มากกว่าเมื่อเทียบกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.031$) แสดงถึงการบริหารยา มีมากกว่าสัมพันธ์กับคะแนน AWS ที่ลดลง จำนวนการให้ยา Diazepam 10mg iv ไม่ค่อยแตกต่างกัน หากวิเคราะห์กับ คะแนนAWS ในกลุ่มควบคุมที่มาก การให้ยา จึงวิเคราะห์ได้ว่า การให้ยาที่มากกว่า ส่งผลให้ คะแนน AWS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนที่พบ ผลกดทับ มีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 5 อย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} <0.0156$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบตัวแปรกลุ่มผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

รายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
จำนวนวันนอน	5.61	1.793	4.14	1.807	3.470	70	<0.001
คะแนน AWS	2.56	2.134	3.72	2.760	1.999	71	<0.049
จำนวนการให้ยา Lorazepam 1mg oral	19.72	14.878	12.89	11.148	-2.205	70	<0.031
จำนวนการให้ยา Diazepam 10mg iv	8.97	15.541	8.94	8.747	-0.09	7	<0.993
ผลกดทับ	1.00	1.00	1.06	0.232	1.435	0.000	<0.00056

อภิปรายผล

การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ผลการศึกษาอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. การอบรมการใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา มีผลต่อ ความรู้และทัศนคติของพยาบาลพบว่า ภายหลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทัศนคติสูงกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value}<0.001$ และ $P\text{-value}<0.01$ ตามลำดับ

2. การดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา มีผลต่ออาการถอนพิษสุราพบว่า คะแนน AWS ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา โดยประยุกต์

รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การค้นหาประเด็นปัญหาจากตัวกระตุ้นที่มาจากการปฏิบัติงานและจากแหล่งความรู้ 2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาแนวคิดปฏิบัติการพยาบาล 3) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงานทำให้ได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพ ร่วมกับหลักการรักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ “5S” ของ Elliott & Dolores (2019) ได้แก่ 1) Sedation การทำให้อาการสงบด้วยยาในกลุ่ม benzodiazepines 2) Symptomatic Relief การบรรเทาอาการทางกาย 3) Supplement การเสริมด้วยยาวิตามินและเกลือแร่ที่จำเป็น 4) Supportive environment การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยให้กับผู้ป่วย และ 5) Standard care การดูแลรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ เพื่อค้นหาภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ทั้งทางกายและทางจิตเวช และรีบแก้ไข หลังจากนั้นอบรมใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราให้กับพยาบาลผู้ดูแล ทำให้พยาบาลมีความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือการประเมินผู้ป่วยถอนพิษสุรา การประเมินภาวะถอนพิษสุรา การการบริหารยาผู้ป่วยถอนพิษสุรา การพยาบาลผู้ป่วยถอนพิษสุรา เพิ่มขึ้นและมีทัศนคติเรื่อง การประเมินภาวะถอนพิษสุรา และการให้ยา ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยถอนพิษสุรา การวางแผนจำหน่าย การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราไปในเชิงบวกมากขึ้น ดังการศึกษาของ Berl, Collins, Melson, Mooney, Muffley, & Wright-Glover (2015) ที่ศึกษาการนำแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการอาการถอนพิษสุรามุ่งเน้นในการประเมินคัดกรองและการรักษาแก่พยาบาลพบว่า ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ถอนแอลกอฮอล์มากขึ้น เมื่อในแนวปฏิบัติที่ชัดเจนย่อมส่งผลพยาบาลมีมั่นใจในการบริหารยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มระงับประสาทตามมาตรฐานได้อย่างทันทั่วถึง ดังจากข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มทดลองได้รับยา Lorazepam มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ จนส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราลดลงในที่สุด

ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. (2564) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์พบว่า ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่มีอาการถอนพิษสุราในช่วงนอนโรงพยาบาลร้อยละ 95.5 และคล้ายคลึงกับการศึกษาของอรรณภูมิ ธรรมชาติ (2567) ที่ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณพบว่า หลังจากมีการปรับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เกิดอาการถอนพิษระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{ value} = 0.004$) และผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลา 5 วันได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุราไปใช้ควบคุมอาการถอนพิษสุรา ส่งผลต่อความมั่นใจ และทัศนคติที่ดีต่อการให้การบริบาลของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย จากเดิม เพราะความกังวลผลจากการให้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ผู้บริหารของโรงพยาบาลเชียงใหม่ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายในการจัดทำมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โรงพยาบาลชุมชน และเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางด้านจิตเวชต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กนกกาญจน์ วิโรจน์ไธโรเรื่อง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. (2564). การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา. 15(1). 29-48.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.(2020). กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดแอลกอฮอล์และการรักษาในปัจจุบัน (Alcohol withdrawal syndromes). สืบค้นเมื่อ 20/3/2563 จาก <https://med.mahidol.ac.th/ramamentalandpsychiatristknowledge/generalpsychiatrist/08062014-0911>.
- นิภาภรณ์ คงเกียรติพันธุ์. (2563). การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยใน ชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 5(2). 60-69.
- มาริษา พิทักษ์ธรรม. (2562). ผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาคน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 9(2). 207-222.
- พัชรินทร์ อติสรณกุล. (2563). การศึกษารายกรณี ผู้ป่วยโรคติดสุรา หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13 (1). 268-278.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2564). แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์. บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด, นนทบุรี

- สุดาดวง พัฒนสาร มะลิวรรณ อังคณิตย์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา. (2564) . การพัฒนาแนว
 ปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล
 ร้อยเอ็ด. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(3).** 71-80.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2552). **การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์เชียงใหม่ : แผนงานการ
 พัฒนาระบบรูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)**
- แววตา อินชุม นันทาวดี ศิริจันทร์ และรุ่งระวี วัฒนอมทรัพย์. (2564). ปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ
 ถอนพิษสุราในผู้ป่วยกระดุกหักที่ดื่มสุราแบบเสี่ยงโรงพยาบาลอุดรธานี. **วารสารการพยาบาล และ
 การดูแลสุขภาพ, 39(1).** 78-87
- งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเชียงใหม่. (2566). สถิติผู้รับบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงใหม่. ปี
 2564-2566. เชียงราย: โรงพยาบาลเชียงใหม่.
- อรรถวุฒิ ธรรมชาติ. (2567). ผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ.
วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 18 (1). 61-71.
- American Society of Addiction Medicine. (2020). The ASAM clinical practice guideline on alcohol
 withdrawal management. **Journal of Addiction Medicine, 14(35),** 1–71.



ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ในโรงพยาบาลกลาง

จุฬาลักษณ์ ลิมลีชา¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลกลาง จำนวน 44 ราย โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง นำหลักการ 4C มาประยุกต์ใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ 1) Center at patient and family 2) Comprehensive 3) Coordinated 4) Continuous มาประยุกต์ใช้ ระยะเวลาทดลอง 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิต การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง ใช้สถิติ Paired simple t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลองโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย ด้านความเจ็บปวด ด้านสุขภาพทั่วไป ด้านสุขภาพจิต ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ ด้านบทบาททางสังคม ด้านความกระฉับกระเฉง ด้านอาการแสดง/ปัญหาด้านผลกระทบจากโรคไต ด้านสภาวะการทำงาน ด้านการรับรู้ ด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม ด้านกิจกรรมทางเพศ ด้านการนอนหลับ ด้านความพึงพอใจที่ได้จากเจ้าหน้าที่และด้านความพึงพอใจต่อการรักษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ส่วนด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความยากลำบากจากโรคไต ด้านการรับรู้และด้านการสนับสนุนจากสังคม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยไม่บำบัดทดแทนไตสามารถทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยการจัดรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นระบบและสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์) โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต E-mail: sjula2011@gmail.com

The Effect Clinical Practice Guideline of Alcohol withdrawal Patient for Nursing in ward Chiangsaen Hospital

Chulalak Limluecha¹

Abstract

A quasi-experimental research study with a single group aimed to examine the effectiveness of a palliative care program on the quality of life of patients with chronic kidney failure. The sample consisted of 44 patients with end-stage chronic kidney disease denial kidney replacement therapy at Thalang Hospital. The palliative care program, designed to improve the quality of life of patients with chronic kidney disease denial kidney replacement therapy, applied the 4C principles: 1) Center at patient and family, 2) Comprehensive, 3) Coordinated, and 4) Continuous, over a 3-month period. The data collection tool was a questionnaire that included personal characteristics, health information, and quality of life measures. Data analysis to test the research hypothesis was performed using the Paired Simple t-test to compare pre- and post-intervention results. The findings indicated that after the intervention, patients with end-stage chronic kidney disease denial kidney replacement therapy at Thalang Hospital, Phuket, had significantly higher average quality of life scores compared to before the palliative care program ($P\text{-value} < 0.05$). When comparing quality of life across different aspects, significant differences were found in the following areas: Role physical, Bodily pain, General health, Mental health, Role emotional, Social function, Vitality, Symptom/problem list, Effect of kidney disease, Work status, Quality of social interaction, Sexual function, Sleep, Dialysis staff encouragement and Patient satisfaction were found to be significantly difference ($P\text{-value} < 0.05$). As for Physical functions, Burden of kidney disease, Cognitive function, and Social support that there were no significantly. The results reflect that end-stage chronic kidney disease patients receiving palliative care without dialysis can achieve a better quality of life through a systematically organized palliative care approach that is more aligned with the patients' problems and needs.

Keywords: Palliative Care Program, Quality of Life, End-Stage Renal Disease with Denial Renal Replacement Therapy

¹Registered Nurse, Advanced Nurse Practitioner (Medical-Surgical Nursing), Thalang Hospital, Phuket Province. E-mail: sjula2011@gmail.com

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศไทย ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.6 ของประชากร และอัตราการตาย 25.4 ต่อประชากรแสนคนต่อปีโดยเฉลี่ย และมีการดำเนินของโรคไปสู่ระยะสุดท้าย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ประมาณ 15-20% ต่อปี (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2561; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560) เมื่อไตทำงานลดลงจนเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย ทำให้เกิดการคั่งค้างของของเสีย น้ำ เกลือแร่และกรดต่าง มีภาวะน้ำเกินตามมา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation: KT) (สมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2556) ถึงแม้ว่าเทคโนโลยีการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีดังกล่าว ในปัจจุบันจะทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีชีวิตที่ยืนนานมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จากการศึกษาของ กุมาลิพร ตรีสอน (2561) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($X=54.49$, $SD=20.67$) และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($X=54.56$, $SD=25.92$) แต่ผู้ป่วยที่มีอายุยืนนานอาจมีความทุกข์ทรมานจากโรคหรือจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งล้วนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาระบบสาธารณสุข สมาชิกในครอบครัว สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง (วนิดา วิชัยศักดิ์, พีรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย และ ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์, 2561) ทั้งในส่วนที่เกิดจากตัวโรคเอง และจากการรักษาที่ไม่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้ผืนวงจรชีวิต (The Cycle of Birth and Death) ที่เป็นธรรมชาติของชีวิต ทำให้การตายที่ควรเป็นไป อย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ กลับกลายเป็นการตายอย่างทุกข์ทรมานของทั้งตนเอง ครอบครัว ผู้รับผิดชอบดูแล และสังคมโดยรวม (สุณี เวชประสิทธิ์ และพระสุทธิสารเมธี, 2564) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะช่วยทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจนถึงการเข้าสู่ระยะท้ายด้วยการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of Life) และสามารถเผชิญความตายอย่าง สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และก้าวสู่มิติของการตายดี (Quality of Death) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ปัจจุบันการรักษาแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งคล้ายกับการรักษาโรคที่มีความรุนแรงที่คาดว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ ไม่นาน ซึ่งมุ่งเน้นการรักษาอาการ และความไม่สบายจากโรค รักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยไม่ใช้การบำบัดทดแทนไต และให้การดูแลอยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและ

ครอบครัว (สุวารีวรรณ จิระเสวกติก, 2563) แก่ไขภาวะแทรกซ้อน และความทุกข์จากโรค และการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะท้าย โดยเฉพาะช่วงสุดท้ายของการดำเนินโรคให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีสุขภาวะดีที่สุดที่สามารถเป็นไปได้ และจากการศึกษาของ สุณี เวชประสิทธิ์ และพระสุทธิสารเมธี (2564) เรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วยหลักพุทธจริยศาสตร์ พบว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น โรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังในระยะสุดท้าย โดยมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีแบบองค์รวม และที่สำคัญคือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบ กาย สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากโรคให้น้อยที่สุด

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกลาง ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลกลาง ในปี2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต จำนวน 233, 215 และ 204 รายตามลำดับ (ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์(โปรแกรมคอมพิวเตอร์) เหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต คือกลัวเป็นภาระของครอบครัวเนื่องจากค่าใช้จ่ายสูงและกลัวการฟอกไตซึ่งต้องฟอกไปตลอดชีวิต จึงต้องการรักษาแบบประคับประคองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริพร ศิริยะพันธุ์, นิธดา ชายเกตุ และเนตรชนก สันตรัตติ (2564) ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลยะลา สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตในด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่กล้าฟอกไตและมีความเชื่อทางศาสนา การเป็นภาระครอบครัว และต้องการการรักษาแบบประคับประคอง ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ในโรงพยาบาลกลาง โดยได้นำโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลกลาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้หลักการ 4C ในการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ 1) Centered at patient and family การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก 2) Comprehensive การให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วย และ ครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3) Coordinated การทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชน และ 4) Continuous ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหรือกลับบ้าน ซึ่งเป็นการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลกลาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลาง จำนวน 44 ราย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลาง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ.2566 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ โดยกำหนดขนาดอำนาจของการทดสอบ (Power analysis) ที่ 0.80 กำหนดความคลาดเคลื่อน ที่ 0.05 และประมาณการขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 44 ราย ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อัตราการกรองของไต ≤ 15 มิลลิเมตรต่อนาที ไม่ได้รับรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ไม่น้อยกว่า 1 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต โดยนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและนำหลักการ 4C ในการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ 1) Center at patient and family 2) Comprehensive 3) Coordinated 4) Continuous มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยโดยเริ่มจากการอธิบายวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูลและขั้นตอนการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและดำเนินการทดลอง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและสร้างสัมพันธภาพ จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายในวันที่ผู้ป่วยมารับการรักษา พร้อมทั้งให้เข้ากลุ่มแอปพลิเคชันไลน์การดูแลแบบประคับประคอง

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

- 1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แผนการรักษาทางเลือกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง
- 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ให้สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย และคู่มือความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยทางด้านร่างกายในผู้ป่วยประคับประคอง จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วยสงสัย หรือข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการเพิ่มเติม
- 4) ประเมินและจัดการอาการรบกวนและอาการปวดอย่างต่อเนื่องร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์
- 5) สนับสนุนทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างเหมาะสม เช่น การติดต่อประสานงานในการยืมเครื่องทำออกซิเจน เตียงนอน
- 6) สนับสนุนด้าน ความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
- 7) ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยโดยการสอบถามอย่างต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์

กิจกรรมที่ 3 ประเมินคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองและประเมินความพึงพอใจ อีกครั้งหลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม/บันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม KDQOL-SFTM เวอร์ชัน 1.3 ฉบับภาษาไทย แปลโดย ขนิษฐา หอมจิ้น และพรณทิพา ศักดิ์ทอง (2553) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 24 ข้อใหญ่ 80 ข้อย่อย แบ่งเป็น 19 ด้าน ข้อคำถามมีความแตกต่างกัน ตัวเลือกตอบมีตั้งแต่ 2-10 ระดับ ลักษณะเป็นแบบมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้แต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0-100 เกณฑ์ในการแปลผลแบ่งเป็น 4ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำมาก (0-25.00) ระดับต่ำ (25.01-50.00) ระดับปานกลาง (50.01-75.00) ระดับดี (75.01-100.00)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลผู้ป่วยโรคไต 1 ท่าน และนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) ได้ค่า IOC= 0.88 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต รหัสรับรอง PKPH 2023-019 ลงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ.2566 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอความร่วมมือประชากรกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ความร่วมมือดังกล่าว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาที่ต้องการโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำไปใช้ในทางวิชาการเท่านั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมที่จะตอบแบบสอบถามและจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประชากรทั้งหมดเพื่อนำไปเผยแพร่ผลการศึกษาในภาพรวมต่อไป

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (54.50%) มีอายุเฉลี่ย 65.98 ปี (S.D.=10.27) มีสถานภาพสมรส (30%) จบระดับประถมศึกษามากที่สุด (75%) มีอาชีพรับจ้าง (15.90%) และไม่ได้ทำงาน (56.80%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 6011.36 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (56.8%) ทุกคนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

ข้อมูลสถานะสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี (93.2%) มีระดับPPS 70-100% (93.2%) ซึ่งอยู่ในระยะคงที่ (Stable) มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (31.8%) ระดับการกรองของไต (eGFR) ครั้งล่าสุดเฉลี่ย 10.90 ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเฉลี่ย 4.4 ปี และเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (54.5%) โดยแหล่งข้อมูลมาจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมากที่สุด (38.6%)

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ในโรงพยาบาลกลาง

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลองโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย ด้านความเจ็บปวด ด้านสุขภาพทั่วไป ด้านสุขภาพจิต ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ ด้านบทบาททางสังคม ด้านความกระฉับกระเฉง ด้านอาการแสดง/ปัญหา ด้านผลกระทบจากโรคไต ด้านสภาวะการทำงาน ด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม ด้านกิจกรรมทางเพศ ด้านการนอนหลับ ด้านความพึงพอใจที่ได้จากเจ้าหน้าที่และด้านความพึงพอใจต่อการรักษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ส่วนด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความยากลำบากจากโรคไต ด้านการรับรู้ และด้านการสนับสนุนจากสังคม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้านก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง (n=44)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	65.57	30.33	69.20	27.13	-1.909	43	.063
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย	81.88	23.35	49.43	45.90	4.241	43	.000
ด้านความเจ็บปวด	81.88	23.35	89.94	16.46	-3.411	43	.001

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ด้านสุขภาพทั่วไป	61.84	15.06	73.11	10.76	-5.979	43	.000
ด้านสุขภาพจิต	79.10	16.16	85.91	11.10	-3.749	43	.001
ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจาก ปัญหาด้านอารมณ์	45.46	45.52	58.33	40.75	-2.094	43	.042
ด้านบทบาททางสังคม	81.53	24.48	88.64	17.01	-2.176	43	.009
ด้านความกระฉับกระเฉง	68.75	18.21	76.02	16.12	-5.292	43	.000
ด้านอาการแสดง/ปัญหา	87.11	9.15	93.54	6.46	-5.922	43	.000
ด้านผลกระทบจากโรคไต	85.37	14.23	92.26	9.35	-5.088	43	.000
ด้านสภาวะการทำงาน	54.55	18.10	59.16	19.48	-2.107	43	.041
ด้านการรับรู้	84.10	14.10	86.06	16.25	-1.912	43	.063
ด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม	87.73	12.20	93.18	11.09	-3.481	43	.001
ด้านกิจกรรมทางเพศ	99.72	1.88	98.58	4.01	2.074	43	.044
ด้านการนอนหลับ	70.11	16.93	79.55	13.71	-5.832	43	.000
ด้านการสนับสนุนจากสังคม	94.32	9.47	94.39	13.98	-.031	43	.975
ด้านความพึงพอใจที่ได้จากเจ้าหน้าที่	92.61	11.54	94.89	10.20	-2.074	43	.044
ด้านความพึงพอใจต่อการรักษา	62.50	12.52	70.84	10.24	-4.746	43	.000
ภาพรวมคุณภาพชีวิต	76.57	10.15	81.43	10.70	-5.483	43	.000

อภิปรายผล

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ในโรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) อธิบายเหตุผลได้ว่าโปรแกรมที่ทำการวิจัยครั้งนี้มีการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ให้การดูแลที่ครอบคลุมองค์รวม และนำหลักการ 4 C ในการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ 1) Center at patient and family 2) Comprehensive 3) Coordinated 4) Continuous มาประยุกต์ใช้ มีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยคำนึงถึงความต้องการ และความปรารถนาของผู้ป่วย และครอบครัวเป็นสำคัญให้ผู้ป่วยได้

เลือกแผนการรักษาตามความต้องการ มีการติดตามอาการผู้ป่วย และให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ ให้คำปรึกษาผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนระหว่างกันทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณิศา สุริยะบรรเทิงและภักวีร์ นาคะวิโร (2563) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไต ในโรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับสูง ($X=70.9, SD=15.4672$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา อาจสันเทียะ และจุฑามาศ ติลภัทร (2562) เรื่อง ผลของการพยาบาลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน พบว่าคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมก่อนและหลังการศึกษามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งรัตน์ ยอดระยับและสุทธารัตน์ ชูรส (2563) เรื่องการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเสริมพลังผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ที่รักษาแบบประคับประคอง อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตภายหลังการเสริมพลังเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกาย ด้านความเจ็บปวด ด้านสุขภาพทั่วไป ด้านสุขภาพจิต ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ ด้านบทบาททางสังคม ด้านความกระฉับกระเฉง ด้านอาการแสดง/ปัญหาด้านผลกระทบจากโรคไต ด้านสภาวะการทำงาน ด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม ด้านกิจกรรมทางเพศ ด้านการนอนหลับ ด้านความพึงพอใจที่ได้จากเจ้าหน้าที่และด้านความพึงพอใจต่อการรักษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการปฏิบัติตัวในระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม การประเมินและจัดการอาการรบกวนจากการที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ดีในการจัดการอาการรบกวนด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณมากขึ้น ทำให้ลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมารยาท สุจริตรกุล (2561) พบว่า คะแนนความรุนแรงเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หลังปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนด้านความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและมีการติดตามสอบถามอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลอย่างเอื้ออาทรตอบสนองต่อความต้องการเป็นการดูแลประคับประคองแบบองค์รวม และจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจน โดยมีสมุดบันทึกประจำตัวซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษาทางเลือก จากกรณีศึกษาของกัลปหา โชติสกุศลและแสงทอง อีระทองคำ (2563) เรื่องการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ล้างไตตามแนวทาง 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและวิเคราะห์ผู้ป่วย 2) การวางแผนการรักษาเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคไต 3) การจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลง 4) การใช้กระบวนการตัดสินใจร่วมกันและ 5) การดูแลแบบองค์รวม ก่อให้เกิดผลลัพธ์การ

ดูแลที่มีคุณภาพจึงทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตรายด้านดังกล่าวดีขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลของเจ้าหน้าที่และต่อการรักษาที่ได้รับ เมื่อพิจารณาในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความยากลำบากจากโรคไต ด้านการรับรู้ และด้านการสนับสนุนจากสังคม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา อาจสันเทียะและจุฑามาศ ทิลาภัทร (2562) เรื่องผลของการพยาบาลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจไม่มีความแตกต่างกัน อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 65.98 ปี และร้อยละ 43.2 สามารถทำงานประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.2 มีระดับคะแนน PPS 70-100% ซึ่งเป็นระยะคงที่ รู้สึกดีดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ความเคลื่อนไหว และการรับประทานอาหารปกติหรือลดลง โดยที่ยังไม่สูญเสียระดับการดูแลตนเองไปมาก (บุษยมาส ชิวสกุลยง และคณะ, 2556) รวมทั้งระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเฉลี่ย 4.4 ปี อาจยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน หรือการเข้าสังคมมากนัก จึงทำให้คุณภาพชีวิตรายด้านดังกล่าวไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในรูปแบบต่างๆ ที่ครอบคลุมมากขึ้น
2. ควรทำการศึกษาถึงทดลองชนิดสองกลุ่มเปรียบเทียบ และเพิ่มระยะเวลาในการติดตาม เพื่อความแตกต่างของผลที่เกิดขึ้น
3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ศึกษาในครั้งนี้มีคะแนน PPS ส่วนใหญ่ 70-100% ดังนั้นควรศึกษาในกลุ่มที่มีระดับ PPS ที่ต่ำกว่าเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ อาจารย์ที่ปรึกษาและร่วมในการทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาตรวจสอบเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ขอขอบคุณคุณรัชนิกร ธิรัตน์ตยาภรณ์ ที่คอยช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องขอขอบพระคุณญาติ และผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทุกท่านที่ได้กรุณาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ทุกท่านล้วนมีส่วนร่วมให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยจึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2561). สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม ชนิด
 ประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด.
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์. (บรรณาธิการ). (2556). คู่มือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับ
 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการปลูกถ่ายไต. โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์
 กรุงเทพมหานคร: บริษัท เฮลท์ เวิร์ค จำกัด.
- กุมาลีพร ตริสสอน. (2561). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารโรงพยาบาล
 มหาสารคาม, 15(1), 13-20.
- วนิดา วิชัยศักดิ์, พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และยิ่งยศ อวิหิงสานนท์. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต
 ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง และกลุ่ม
 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 62(1), 91-105.
- สุณี เวชประสิทธิ์ และพระสุทธิสารเมธี. (2564). เรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วยหลัก
 พุทธจริยศาสตร์. วารสารปัญญา, 28(2), 1-14.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2559). แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพใน
 ระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- โรงพยาบาลกลาง. (2566). ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย [ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. เข้าถึงวันที่ 28
 มกราคม พ.ศ. 2566.
- สุริพร ศิริยะพันธุ์, นิธุดา ขายเกตุ และเนตรชนก สันตรัตติ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบ
 ประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต โรงพยาบาล
 ยะลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(2), 1-15.
- สุวารีวรรณ จิระเสวกดิลก. (2563). การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ใน ปฐมพร ศิริประภาศิริ
 และ เดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง (บรรณาธิการ), คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย
 (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) (พิมพ์ครั้งที่ 1). หน้า. 125-133). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์
 องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- จินตนา อาจสันเทียะและจุฑามาศ ดิลกัทร. (2562). ผลการพยาบาลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของ
 ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(1), 226-235.

- ชนิษฐา หอมจิ้น และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2553). การแปลและทดสอบกระบวนการคิดของแบบสอบถาม
คุณภาพชีวิตในโรคไตฉบับย่อภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3. วารสารเภสัชกรรมไทย, 2(1), 3-13.
- ญาณิศา สุริยะบรรเทิง และภักวีร์ นาคะวิโร.(2563). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบ
ประคับประคอง โดยไม่ได้บำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์
ป้องกันแห่งประเทศไทย, 10(1), 49-60.
- รุ่งรัตน์ ยอดระยัยและ สุธารัตน์ ชูรส.(2563). การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเสริมพลังผู้ป่วยไต
วายเรื้อรังระยะที่ 5 ที่รักษาแบบประคับประคอง อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง. วารสารแพทยสาร
ทหารอากาศ, 66(2), 1-13.
- มารยาท สุจิตวรกุล. (2561). การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วารสารโรงพยาบาล
ชลบุรี, 43(1), 8-16.
- กัลปิงหา โขสิวกุล และแสงทอง อีระทองคำ.(2563). การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรังระยะท้ายที่รักษาแบบไม่ล้างไต: กรณีศึกษา. วารสารสภาการพยาบาล, 35(4), 5-17.
- บุษยมาส ชีวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนิน นิตย สิริพันธ์,
ชนัญญา มหาพรหม, และปัทมา โกมุทบุตร. (2556). การดูแลแบบ ประคับประคอง Palliative care.
เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส

นุรมา สมการณ์¹, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส โดยได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกลุ่มติดบ้าน ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 1,651 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่าง 289 ราย ใช้วิธีการสุ่มเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์ เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง (60.21%) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.133$, $P\text{-value}=0.024$) แต่ทัศนคติของผู้สูงอายุ ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($r=0.079$, $P\text{-value}=0.179$) ตามลำดับ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, คุณภาพชีวิต

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส, E-mail:soomkan533@gmail.com

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก, E-mail: Amornsakpoum1@gmail.com* ผู้วิจัยร่วม

Factor associated with quality of life among elderly dependent in Chanae district, Narathiwat province.

Nurma Soomkan¹, Amornsak Poum²

Abstract

This descriptive research aimed to study the knowledge and attitude associated with quality of life among elderly dependent. Population in this study consisted of 1,651 elderly dependents which registered in Chanae district, Narathiwat province, in fiscal year 2019. The sample size calculating used Daniel formula for 289 cases, and systematic random sampling was determined for collecting data. Data collected by interview structure composed of 4 parts including, characteristics, knowledge attitude and quality of life. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.96. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The result showed that quality of life among elderly dependent composed of physical, mental, social relationship, and environmental, overall had mean score for moderate level (60.21%). The factor was associated with quality of life among elderly dependent with statistic significant including; knowledge of elderly ($r=0.133$, $P\text{-value}=0.024$), and attitude was not association ($r=0.079$, $P\text{-value}=0.179$), respectively.

Keyword: Elderly, Elderly dependent, Quality of life

¹Chanae district public health office, Narathiwat province, E-mail: soomkan533@gmail.com

²Faculty of Public Health, Naresuan University, E-mail: Amornsakpoum1@gmail.com * Corresponding author

บทนำ

ผู้สูงอายุหรือคนชราตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) องค์การสหประชาชาติได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรือมีอายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 14% แนวโน้มและสถานการณ์โครงสร้างประชากรพบสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากปัจจุบันที่มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน ซึ่งคาดการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 1.2 พันล้านคน และ 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ.2563 และ พ.ศ. 2593 ตามลำดับ โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) เนื่องจากจะมีสัดส่วนคนอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิน 10% ตามนิยามองค์การสหประชาชาติ และคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในอีก 20 ปี หรือปี พ.ศ.2578 คือมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 30% (ชมพูนุช พรหมภักดี, 2556) จากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องประสบกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนสภาพและบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุในสังคมด้วย เช่น การขาดรายได้จากการทำงาน ท้อแท้ เกิดความเหงา ความกังวลที่ถือว่าตนเองอยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต

จังหวัดนราธิวาส สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 69,133, 69,506 และ 71,446 คน ตามลำดับ จากรายงานข้อมูลผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL (Activities of Daily Living) สามารถดำเนินการประเมิน ADL ให้แก่ผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ได้ครอบคลุมร้อยละ 88.08, 94.87 และ 96.8 ตามลำดับ โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุติดสังคม มีจำนวน 59,200, 64,112 และ 67,331 คน กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 1,477, 1,585 และ 1,651 คน และกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 218, 245 และ 238 คน ตามลำดับ สำหรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจากผลการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพ พบว่า ปี พ.ศ.2562 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และปัญหาสุขภาพมีทั้งหมด 10 ปัญหา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาสุขภาพช่องปากโรคสมองเสื่อม โรคข้อเข่า ภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเขตจังหวัดนราธิวาส พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 31.88), โรคความดัน

โลหิตสูง (ร้อยละ 7.62), โรคเบาหวาน (ร้อยละ 3.89) ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2562) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เท่าเทียมกับคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง จากข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส เพื่อที่จะได้นำข้อมูลผลวิจัยมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ.2562 โดยกำหนดกรอบแนวคิด ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) ความรู้ของผู้สูงอายุ 3) ทัศนคติของผู้สูงอายุ ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF-THAI (ฉบับภาษาไทย) (World Health Organization, 1994) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสมรรถภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส และได้รับการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกลุ่มติดบ้าน ปีงบประมาณ 2562 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 1,651 ราย และสามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและตอบคำถามจากการสัมภาษณ์ได้ กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 289 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อของผู้สูงอายุที่ติดบ้านจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุของสถานบริการสาธารณสุข โดยนำรายชื่อผู้สูงอายุมาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 3 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบ

รายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรก แล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 3 สุ่ม
หยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบจำนวน 289 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วย เป็นโรค ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อจำกัดที่มีลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1975) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง คะแนน $\geq 80\%$ ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 61–79% และระดับต่ำ คะแนน $\leq 60\%$

ส่วนที่ 3 ทักษะการคิดของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน ความสำคัญของการดูแลสุขภาพ การจัดการความเครียด ข้อจำกัดที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John W. (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF-THAI (ฉบับภาษาไทย) (World Health Organization, 1994) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมิน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ คุณภาพชีวิตที่ดี คะแนนระหว่าง 96–130 คุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนระหว่าง 61–95 คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนนระหว่าง 26–60

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67.13%) มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (40.14%) ($\bar{X}$ =69.84, S.D.=7.375, Max=88, Min=60) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (47.75%) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (73.36%) รองลงมาคือ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (20.76%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (79.97%) มีเพียงร้อยละ 0.69 ที่เป็นข้าราชการบำนาญทำให้มีเงินเดือนในการใช้จ่าย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000–6,000 บาท (53.98%) ($\bar{X}$ =4,466.78, S.D.=5,377.726, Max=50,000, Min=600) ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย บุตร (47.40%) และสามี/ภรรยา (44.98%) ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (82.01%) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส (n=289)

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	95	32.87
	หญิง	194	67.13
อายุ (ปี)	< 65	116	40.14
	65 – 74	107	37.02
	≥ 75	66	22.84
	Mean = 69.84, S.D.= 7.375, Min =60, Max =88		
สถานภาพสมรส	โสด	14	4.84
	คู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	138	47.75
	หม้าย/หย่า/แยก	137	47.70
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	212	73.36
	ประถมศึกษา	60	20.76

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	8	2.77
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5	1.73
ปริญญาตรี	2	0.69
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.69
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	208	79.97
เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่)	45	15.57
ค้าขาย	18	6.23
ข้าราชการบำนาญ	2	0.69
รับจ้างทั่วไป	16	5.54
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
< 3,000	109	37.72
3,000 – 6,000	156	53.98
> 6,000	24	8.30
Mean= 4,466.78, S.D.=5,377.726, Min= 600, Max= 50,000		
ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ		
สามี/ภรรยา	130	44.98
บุตร	137	47.40
หลาน	12	4.15
สะใภ้/เขย	8	2.77
ญาติพี่น้อง	2	0.69
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	237	82.01
โรคเบาหวาน	39	13.49
โรคไขมันในเลือดสูง	13	4.50

ความรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.88$, S.D.=0.742) เมื่อพิจารณาจำแนกความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.18$, S.D.=0.820) ด้านโรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.95$, S.D.=0.767) ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม ($\bar{X}=1.80$, S.D.=0.856)และด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.94$, S.D.=0.812) ตามลำดับ ทิศนคติด้านสุขภาพ ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.41$, S.D.=0.514) เมื่อพิจารณาจำแนกทัศนคติด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน ($\bar{X}=2.40$, S.D.=0.611) และความสำคัญของการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.44$, S.D.=0.569) และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.46$, S.D.=0.519) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส (n=289)

ความรู้ด้านสุขภาพ และทัศนคติด้านสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)	ละ	(คน)	ละ	(คน)	ละ		
ความรู้ด้านสุขภาพ	48	16.61	140	48.44	101	34.95	1.88	0.742
- โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	79	27.34	119	41.18	91	31.49	1.95	0.767
- อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ	129	44.64	85	29.41	75	25.95	2.18	0.820
- การออกกำลังกายที่เหมาะสม	83	28.72	67	23.18	139	48.10	1.80	0.856
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	87	30.10	98	33.91	104	35.99	1.94	0.812
ทัศนคติด้านสุขภาพ	123	42.56	163	56.40	3	1.04	2.41	0.514
- บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน	137	47.40	133	46.02	19	6.57	2.40	0.611
- ความสำคัญของการดูแลสุขภาพ	139	48.10	139	48.10	11	3.81	2.44	0.569
- การจัดการความเครียด	137	47.40	149	51.56	3	1.04	2.46	0.519

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (60.21%) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางทุกด้าน และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านจิตใจมีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุด ($\bar{X}=1.95$, S.D.=0.683) รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=1.95$, S.D.=0.708) และด้านกายภาพ ($\bar{X}=1.88$, S.D.=0.547) สำหรับด้านสัมพันธภาพมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุด ($\bar{X}=1.80$, S.D. 0.681) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส (n=289)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับ						Mean	S.D.
	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)	ละ	(คน)	ละ	(คน)	ละ		
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	51	17.65	174	60.21	64	22.15	1.95	0.630
- ด้านสุขภาพกาย	29	10.03	199	68.86	61	21.11	1.88	0.547
- ด้านจิตใจ	61	21.11	154	53.29	74	25.61	1.95	0.683
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	44	15.22	144	49.83	101	34.95	1.80	0.681
- ด้านสิ่งแวดล้อม	66	22.84	144	49.83	79	27.34	1.95	0.708

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ($r=0.161$, P-value=0.006) ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล ($r=0.256$, P-value<0.001) การมีโรคประจำตัว ($r=0.274$, P-value=0.029) ตามลำดับ ความรู้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.133$, P-value=0.024) แต่ทัศนคติของผู้สูงอายุ ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($r=0.079$, P-value=0.179) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ของผู้สูงอายุ ทักษะคิดของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขต อำเภोजะเอนะ จังหวัดนราธิวาส

ตัวแปรอิสระ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P- value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- ระดับการศึกษา	0.161	0.006	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล	0.256	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- มีโรคประจำตัว	0.274	0.029	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความรู้ของผู้สูงอายุ	0.133	0.024	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	0.112	0.005	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ	0.051	0.389	ไม่พบความสัมพันธ์
ทักษะคิดของผู้สูงอายุ	0.079	0.179	ไม่พบความสัมพันธ์
- บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน	0.066	0.265	ไม่พบความสัมพันธ์
- ความสำคัญของการดูแลสุขภาพ	0.065	0.268	ไม่พบความสัมพันธ์
การจัดการความเครียด	0.043	0.470	ไม่พบความสัมพันธ์

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและบริบททางสังคมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมตามวิถีชีวิตของแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ด้านสิ่งแวดล้อม ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส โดยผู้สูงอายุประเมินคุณภาพชีวิตตนเองอยู่ในระดับปานกลางทั้งรายด้านและโดยภาพรวม ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 65 ปี (40.14%) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (68.4%) โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด ($\bar{X}=1.95$, $S.D.=0.683$) เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุตรของตนเอง (47.40%) มีบุตรคอยดูแลเอาใจใส่ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต (อาริสา ป่านภูมิ และคณะ, 2562)

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($P\text{-value}<0.001$) เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวคือ บุตร (47.40%) และคู่สมรส (44.98%) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหว เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรธิดา ซึ่งทำหน้าที่ดูแลและทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Yodkul, S. Srijakkot, J. (2012) ที่พบว่าการมีสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีและทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองนำไปสู่การปรับตัวทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญต่อปัญหาความเครียดที่มากระทบได้ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($P\text{-value}=0.006$) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (73.36%) ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีความรู้ที่จะสามารถดูแลตนเองได้ดี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาวิจัยของ อาริสา ป่านภูมิ และคณะ (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($P\text{-value}=0.029$) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจะเริ่มมีการพึ่งพาคนอื่นเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากปัญหาสุขภาพและการมีโรคประจำตัว จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง (82.01%) โรคเบาหวาน (13.49%) และโรคไขมันในเลือดสูง (4.50%) สอดคล้องกับการศึกษาของ จีราพร ทองดี และคณะ (2555) ที่พบว่า การมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพราะการที่มีโรคร่วมหลายๆ โรคจะส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุมาก ทำให้เกิดความเครียดที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองอย่างเคร่งครัด ทำให้เกิดความยุ่งยากใจเป็นภาระทั้งต่อครอบครัวและสังคม

ความรู้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.024$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่

ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.44) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter (1991) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen and Fishbein (1980) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมอันใดอันหนึ่งนั้น บุคคลนั้นจะต้องประเมินว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวกต่อตัวเอง

ทัศนคติของผู้สูงอายุไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (P -value=0.179) เนื่องจากทัศนคติของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (56.40%) ทัศนคติเป็นผลมาจากการเรียนรู้และความรู้สึก เมื่อคนได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และมีความรู้สึกชอบหรือพึงพอใจต่อสิ่งนั้นแล้ว สิ่งที่มาคือความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งซึ่งสอดคล้องกับการเรียนรู้ และความรู้สึกต่อสิ่งนั้น หากบุคคลรู้และเชื่อว่าสิ่งใดดีก็เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติเป็นความเชื่อหรือการยอมรับประการหนึ่งของบุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งในทางปฏิบัติตามและการไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นทั้งในทัศนคติที่ดีหรือทัศนคติที่ไม่ดี สอดคล้องกับ Thurstone (1970) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เช่นเดียวกับ Ajzen & Fishbein (1980) กล่าวว่า ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมหมายถึงการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำนั้นหรือเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกทางลบหรือสนับสนุนและต่อต้านการกระทำนั้นๆ ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อโดยพฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นการตอบโต้ต่อเป้าหมายของทัศนคติ ซึ่งทัศนคติย่อมมีความแตกต่างไปตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชนซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายและใช้ระยะเวลาพอสมควร หากเราสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทัศนคติที่เป็นด้านดีได้ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือผู้สูงอายุที่ติดบ้านจะมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง โดยด้านสัมพันธภาพทางสังคมจะมีคะแนนน้อยที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในบ้านตนเอง

ไม่ได้ออกไปพบปะหรือพูดคุยกับผู้อื่น ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกับกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน หรือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มโอกาสการสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนรุ่นราวคราวเดียวกันเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จิราพร ทองดี, ดารารวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 22(3): 88-99.
- ชมพูนุช พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). วารสารสำนักวิชาการสำนัก เลขธิการวุฒิสภา; 3(16): 3.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2549). อาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส. (2562). รายงานผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <https://nwt.hdc.moph.go.th>
- อาริส ปานภูมิ, ศรีญา สุชนิรันดร์, สาธิตา จันทะพินิจ, อินทอร นิลบรรพต, กิรติ ภูมิผักแว่น. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุบ้านตูปโกบ ตำบลกกตุ๋ อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา. การประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ครั้งที่ 1 “วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อชุมชน” 20 เมษายน 2562. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rded). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.
- Cronbach, Lee J. (1951). Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper.
- Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Green, L.W., Kreuter, M.W. (1991). Health Promotion Planning: An Educational and Environment Approach. California: Mayfield Publishing.
- Thurstone, L.L. (1970). Reading in Attitude Theory and Measurement. New York: John Wiley and Sons, Inc.



World Health Organization. (1994). *Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography*.

Geneva: WHO(WHO/MNH/PSF/94.1).

Yodkul, S. Srijakkot, J. (2012). Predicting Factors of Depression among Older People with Chronic Disease in Buriram Hospital. *Journal of Nurses, Association of Thailand, North-eastern Division*; 33(3): 50-57. (in Thai).



ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้านใน โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

สุนัน เมืองมูล¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้านในโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 ราย โปรแกรมระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อพัฒนาขึ้นโดยการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการรับรู้และปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย การรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการรักษา โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 กลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งข้อมูล, กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมการทากายภาพบำบัด, การแพทย์ทางเลือกแผนจีนและการแพทย์แผนไทย ตามบริบทของการดำเนินโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านโภชนาการ, ด้านยา กิจกรรมที่ 4 การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพ ออกเยี่ยมบ้าน กิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมติดตามทางไลน์ เพื่อติดตามในกลุ่มที่มีภาวะวิกฤต, กิจกรรมที่ 6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้, ระยะเวลาทดลอง 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามและสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองตัวแปรที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพ ($P\text{-Value}<0.001$) การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ($P\text{-Value}<0.001$) การรับรู้ด้านสุขภาพ ($P\text{-Value}<0.001$) ตามลำดับ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการ หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.003$)

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, ระยะฟื้นฟู

¹โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย, E-mail: Krapong1295@gmail.com

The Knowledge and Behavior Prevention Diarrhea Among People In Saignam Subdistrict, Saingam District, Kamphaeng Phet Province.

Sunan Muangmoon¹

Abstract

This quasi-experimental research is a single group study measuring results before and after the experiment. The objective is to study the effectiveness of the rehabilitation care program for stroke patients from hospital to home in Chiang Saen Hospital. Chiang Rai Province, 30 patients. The seamless stroke care system program was developed by using research results from Phase 1 to design the program, including variables that are related and affect perception and Adjust behavior to prevent complications of stroke with statistical significance at the 0.05 level, consisting of health perception, including perception of obstacles to treatment. By applying the theory of health perception Self-efficacy combined with social support consists of 6 activities, including Activity 1, Activity 1, group activities providing knowledge about stroke and resources, Activity 2 promoting physical therapy, traditional Chinese alternative medicine. and Thai traditional medicine According to the context of disease activity among stroke patients, activity 3, group activities to provide knowledge on nutrition, medicine, activity 4, access to health services By organizing a multidisciplinary team Home visit. Activity 5: Follow up visit via Line. To follow up on groups in crisis, activity 6, knowledge exchange forum, trial period 3 months, the tool used to collect data is Questionnaire and health information diary Data analysis used Paired t-test statistics. The results found that After the experiment, variables with a statistically significant increase in mean scores compared to before the experiment consisted of health behaviors. (P-Value<0.001) Access to health service system (P-Value<0.001) Health perception (P-Value<0.001) respectively, preventing complications and disability. After the experiment, the mean value decreased compared to before the experiment with statistical significance. (P-value=0.003)

Keywords : Stroke patients, Rehabilitation period

¹Chiang Sean Hospital, Chiangrai, E-mail: Krapong1295@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ราว 15 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ 5 ล้านราย ที่เหลือพิการเป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนารวมถึงประเทศไทย สำหรับสถานการณ์ของโรคนี้ในประเทศพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,880 รายต่อแสนราย หรือร้อยละ 2 โดยประมาณ(World Health Organization,2010) ปัจจุบันถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเพศหญิง รองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง ดังนั้นจะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบโรคนี้มากขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าประชาชนไม่ได้รับการป้องกันอย่างถูกวิธี สำหรับคุณภาพการรักษาของประเทศไทย เคยมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน พบว่าในผู้ป่วย 100 คนที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ณ วันที่กลับบ้าน จะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 หายใกล้เคียงปกติร้อยละ 25 พิจารณาร้อยละ 70 ซึ่งอัตราความพิการจะน้อยลงตามลำดับเมื่อเวลาผ่านไป นอกจากความพิการทางกายแล้ว ยังมีผลต่อความคิด การวางแผน ความจำ ทำให้เกิดความจำเสื่อมในระยะต่อมา ซึ่งมักถูกมองข้ามไปในผู้ป่วยส่วนใหญ่ โรงพยาบาลเชียงแสนเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการส่งต่อจากโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อรับการดูแลในระยะฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง จัดระบบเยี่ยมบ้านระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อติดตามและประเมินผลการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างปี 2566 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจำนวน 98 รายส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการพึ่งพาสมบูรณ์ 25% โดยมีการวางแผนก่อนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมายังขาดการกำหนดปัญหาร่วมกัน ส่งผลให้ขาดการเชื่อมโยงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน กระบวนการดูแลไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ปัญหาการวางแผนการจำหน่ายโรงพยาบาลสู่บ้านในระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่าการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครอบคลุมทุกขั้นตอน ขาดความต่อเนื่องในขั้นตอนการปฏิบัติและยังไม่ต่อเนื่องถึงบ้านผู้ป่วยโดยเฉพาะขาดการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลด้านการปรับตัว ความมั่นใจ ความเครียดสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะเฉพาะก่อนหน้าที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,สุปริดา มั่นคงและสิริรัตน์ ลีลาจรัส,2556) จึงเกิดความเครียดในการเรียนรู้ (Cumak,2015) นอกจากนี้มีการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการประเมินผลลัพธ์ หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมโดยทันที

และไม่มีการติดตามประเมิน ซึ่งอาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดไม่สามารถปรับตัวได้ และผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาภายหลังได้ (ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2556) การเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล การวางแผนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การได้รับความรู้อย่างเพียงพอ (Camak, 2015; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schomacher, 2000) การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว การมีกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา ตลอดจนการเสียสละประโยชน์ส่วนตน (Qiu sit & koo, 2018) ช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยและฝึกฝนอย่างชำนาญส่งผลให้สามารถจัดการปัญหาที่ต้องเผชิญได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการนำรูปแบบการดูแลตามระยะฟื้นฟูมาเชื่อมช่องว่างการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้าน เพื่อป้องกันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเข้ารับการรักษาซ้ำจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากแผลกดทับ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในโรงพยาบาล (กนกวรรณ ช่างโรจน์, ละเอียด แจ่มจันทร์ และจินตนา อาจสันทียะ, 2563 ; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวลี อัครวิเศษ, 2545) ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้านตามแนวคิดของ Naylor (2002) ขึ้น โดยกำหนดโปรแกรมการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนจำหน่าย ตั้งแต่การดูแลในระยะฟื้นฟูตามแนวปฏิบัติร่วมกับความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความรู้เกี่ยวกับโรคโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ 2) ระยะภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน และเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ ระหว่างการดูแลจากโรงพยาบาลกับการดูแลต่อที่บ้าน ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม
2. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลเชียงใหม่ หลังใช้โปรแกรม

กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบกรอบแนวคิดโดยนำตัวแปรมาประยุกต์รวมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยการสร้างโปรแกรมจำนวน 6 กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งข้อมูลการค้นหา

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้ในการทำกายภาพบำบัด, แพทย์ทางเลือกด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์

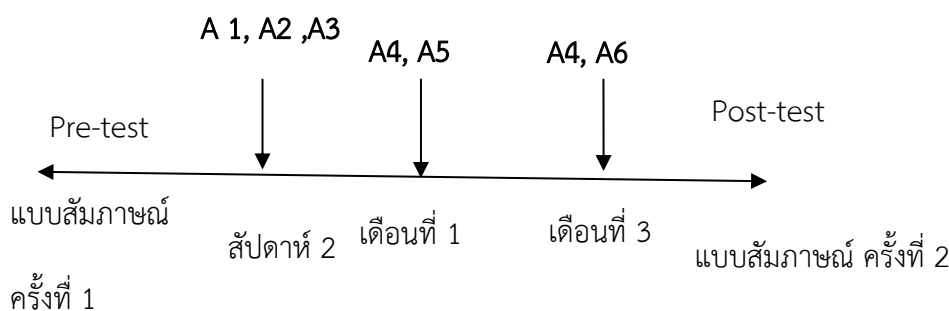
แผนจีน

กิจกรรมที่ 3 การได้รับความรู้เรื่องด้านโภชนาการ,

กิจกรรมที่ 4 การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านร่วมกับแกนนำสุขภาพ

กิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมติดตามทางไลน์ เพื่อติดตามในกลุ่มที่มีภาวะวิกฤต

กิจกรรมที่ 6 เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้



A1 หมายถึง กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งข้อมูล, การค้นหา

A2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมการทำกายภาพบำบัด, การแพทย์ทางเลือกแผนจีนและการแพทย์แผนไทย ตามบริบทของการดำเนินโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

A3 หมายถึง กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ด้านโภชนาการ, ด้านยา

A4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพ ออกเยี่ยมบ้าน

A5 หมายถึง กิจกรรม การเยี่ยมติดตามทางไลน์ เพื่อติดตามในกลุ่มที่มีภาวะวิกฤต

A6 หมายถึง เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2566-พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงใหม่ในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเชียงใหม่ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2566 ถึง เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2567 จำนวน 30 ราย

โรงพยาบาลเชียงใหม่ รับผิดชอบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกวินิจฉัยโรคครั้งแรกมาดูแลในระยะฟื้นฟูจำนวน 85 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 30 คน แล้วทำการสุ่มเลือกรายชื่อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ(Systematic Random sampling) ผู้วิจัยกำหนดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel (2010) จำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรคประจำตัว ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย จำนวน 33 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบประเมิน ADL

3.1 แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel Activity of Daily Living การแปลผล (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ระยะพึ่งพาตนเองคือ 5-8 คะแนน

3.2 .แบบประเมิน Modified Rankin Scale : MRS (คะแนนเต็ม 6 คะแนน) ระยะเวลา
รุนแรงที่สุด 6 คะแนน คือ ถึงแก่กรรม

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) พฤติกรรมสุขภาพ 0.827, 2) การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ 0.930, 3) การรับรู้ด้านสุขภาพ 0.843

โปรแกรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูเป็นการจัดกิจกรรม 6 กิจกรรม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 – เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2567 ใช้ระยะเวลา 3 เดือน โดยดำเนินการทดลองตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test) โดยใช้โดยแบบสัมภาษณ์ เป็นการเก็บข้อมูลร่วมกับการทำวิจัยระยะที่ 1 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน รวมกลุ่มทดลอง 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำผลวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) พฤติกรรมสุขภาพ 4) คุณภาพชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 การจัดกิจกรรมตามขั้นตอนของการวิจัยเพื่อศึกษาโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ดำเนินกิจกรรม 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 3 เดือน (เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 – มกราคม พ.ศ.2567) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้ ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Knowledge and health literacy skill) (มกราคม พ.ศ.2567) เป็นการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและความรอบรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มทักษะในการใช้ชีวิต โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อ

เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ ที่ถูกต้องด้วยวิธีการอบรมให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ (ในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่าย)

1. การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สอนและฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน และแนะนำ, ฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพทางกายภาพบำบัด พร้อมกับทบทวนท่าออกกำลังกาย

2. การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง

3. ขอความร่วมมือทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินดัชนีบาร์เซล

เอ ดี แอล

กิจกรรมที่ 2 (การนัดผู้ป่วยหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์) การเสริมสร้างสภาวะทางร่างกายด้วยการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการพัฒนาความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง (Self-efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดการรับรู้ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างนำ คู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพมาจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและแนวทางแก้ไขปัญหาและบันทึกลงในคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพ โดยเน้นประเด็นการพัฒนาความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง ด้วยวิธีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ

1. การอบรมการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย

2. การพัฒนาความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง

3. การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เรียนรู้การปฏิบัติตนที่ถูกต้องจากบุคคลต้นแบบ

กิจกรรมที่ 3 (หลังการจำหน่าย 1 เดือน) การเข้าถึงบริการสุขภาพโดย Case manager ร่วมทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านร่วมกับแกนนำสุขภาพ (Care giver) กิจกรรมการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะเป็นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบพร้อมกับทีมผู้ดูแลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในละแวกรับผิดชอบ โดยในการออกเยี่ยมบ้านจะมีการสอบถามข้อมูลจากญาติหรือบุคคลในครอบครัว และ อสม. ถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. การออกเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ โดยการติดตามและประเมินผล

2. การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยวิธีการเยี่ยมบ้านโดย Case managerร่วมทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 4 (หลังการจำหน่าย 3 เดือน) เวกีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างนำคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพมาจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติ และแนวทางแก้ไขปัญหาและบันทึกลงในคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 5 การเก็บข้อมูลหลังการทดลองเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ Post-test จำนวน 30 คน ใช้แบบสัมภาษณ์จากงานวิจัยระยะที่ 1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้านในโรงพยาบาลเชียงราย จังหวัดเชียงราย

ขั้นตอนที่ 6 การบันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติ

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของสูงอายุ รายงานผลเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอุปมาน เป็นการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในด้านความรู้ด้านสุขภาพ และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ (Significantly) และรายงานผลเป็นค่า Mean differences, P-value และ 95% Confidence Interval

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เอกสารรับรองเลขที่ CTPPHO 164/2566 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566

ผลการศึกษาวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีสัดส่วนของเพศชาย (63%) มากกว่าเพศหญิง (36%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 56-75 ปี (46%) ($\bar{X}=58.20$, S.D.=11.830, Max=83, Min=22) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (56%) จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (66%) มีเพียง (2%) การศึกษาระดับมัธยมและอนุปริญญา เป็นข้าราชการบำนาญ (3%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (26%) น้ำหนักเฉลี่ย 50-60 กิโลกรัม (53%) ส่วนสูงเฉลี่ย 159-163 เซนติเมตร (40%) รอบเอวเฉลี่ย 83-93 เซนติเมตร (53%) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22-24 (40%)

ระดับ ADL เฉลี่ย 13 (36%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 2,000 บาท (13%) มีโรคประจำตัว (90%) ส่วนใหญ่เป็นไขมันสูงในหลอดเลือดและโรคเก๊าท์ (86%)

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	3.157	0.642	3.185	0.307	0.022	58	<0.827
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	3.706	2.941	3.207	0.281	3.550	58	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	3.766	0.592	3.886	0.342	0.798	58	<0.428
การรับรู้การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.941	0.618	2.095	0.240	6.412	58	<0.000

2. การติดตามค่าดัชนีบาร์เรลเอตี้แอลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า ค่าดัชนีบาร์เรลเอตี้แอลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าดัชนีบาร์เรลเอตี้แอลเท่ากันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าดัชนีบาร์เรลเอตี้แอลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ค่าดัชนีบาร์เรลเอตี้แอลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2.758	1.200	2.758	1.200	0.000	58	<1.00

4.การติดตามอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเท่ากันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน	4.741	0.936	4.741	0.936	0.000	58	<1.00

5.การติดตามระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่าระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอัตราการเกิดความพิการสูงกว่าหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการติดตามระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ระดับความพิการ	3.058	1.560	2.916	1.429	0.367	58	<0.715

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 56-75 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย, ส่วนสูงและน้ำหนักในระดับปกติ ระดับADL อยู่ในระดับไม่พึ่งพา มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและ

ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวน้อยกว่า 2,000 บาท ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวด้วยโรคไขมันสูงในหลอดเลือด

ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ด้านความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอธิบายได้ว่า การรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนี้มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้ง การปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้องเช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วย และความอาย (Rosenstock, 1974) กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องโดยเน้นประเด็นการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่าความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความรู้ตระหนักปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองยังมีน้อยมาก ซึ่งควรจะมีการสร้างเสริม เผยแพร่ประชาสัมพันธ์แก่ชุมชนให้มากขึ้นเพราะถ้าหาก มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะสามารถทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

การติดตามค่าดัชนีบาร์เซลเอตีแอล แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะความพิการอยู่ในระดับที่สูงกว่าหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) จากการมีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะ สามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนได้ ในการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย (Langhorn, Villiers, & Pandian, 2012) หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังสามารถช่วยลดอัตราการตายได้ 0.79 และ 0.86 เท่าเมื่อเทียบกับการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป (The Cochrane Collaboration, 2009; Seenan, Long & Langhorn, 2007) และยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การล้มล้มพลัดตก การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นต้น (Govan, Langhorne & Weir, 2007) การติดตามภาวะแทรกซ้อนและระดับความพิการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก โปรแกรมระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพ ด้วยความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง และมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพตามความต้องการและเหมาะสมกับสุขภาพของผู้ป่วยเอง ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Orem (1995) พบว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีและมีความสุขจะต้อง

ใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมาย และตรงกับแนวคิดของอัลเบิร์ต แบนดูรา ที่กล่าวถึง การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceive self-efficacy) ว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าต้องทำอะไรบ้าง เมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวได้ดี

สรุปผลวิจัย

ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสู่บ้านในโรงพยาบาล เชียงแสน จังหวัดเชียงราย สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความพิการลงได้เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยระยะที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง,การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง,การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าสูงกว่าการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอุปสรรคได้น้อยกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาการทดลองโปรแกรมฯ เพียง 3 เดือน ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดความพิการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการใหม่ๆ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ หรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- Orem,D.E.(2001). Nursing : Concepts of practices.6th ed.St.Louis : Mosby ear Book.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์.(2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.กรุงเทพฯ : งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย.
- โรงพยาบาลกลาง. (2559). โรงพยาบาลกลาง: แบบสำรวจบุคลากร 2558. เอกสารเผยแพร่ปี พ.ศ.2558.

ละออ ชัยลิตร. (2557). การรับรู้ต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของ
สมาคมโรคหลอดเลือดสมองในไทย.(2559).โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต).สืบค้น 8 กันยายน 2566
เข้าถึงได้จาก

กรมการแพทย์.สถาบันประสาทวิทยา.แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล.

กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา;2558

Shah S.Vanclay F,Cooper B.Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke
rehabilitation.J.Clin Epidemiol 1989;42(8):703-9

ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มินะพันธ์, ประเสริฐ จันทร์, สมลักษณ์ เพียรมานะกิจ, เสาวลักษณ์
จันทระเกษมจิต, อัมไพ อยู่วัลย์.ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธล ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรค
อัมพาตหลอดเลือดสมอง.เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2549;16(1):1-9

บุษกร โลหารชุน,ปานจิต วรรณภิระ,จินตนา ปาลิวนิช,กัญญารัตน์ คำจูน.ความน่าเชื่อถือของการประเมิน
ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย.
พุทธชินราชเวชสาร 2551;25(3):842-51

Ferrans CE. Deverlopment of a conceptual model of quality of life.Sch Ing Nurs Pract
1996;10(3):293-304

ดานิล วงศ์ษา,ประทุม สร้อยวงศ์,จินดารัตน์ ชัยอาจ.คุณภาพชีวิต ของผู้ที่เป็็นโรคหลอดเลือดสมอง ภายใน 6
เดือนแรก หลังได้รับการวินิจฉัย.Nursing Journal,2561;45(2):40-50.

สายฝน ทศภาทินรัตน์.ระยะเวลาการฝึกกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้
ตามที่คาดหวัง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.วารสารกิจกรรมบำบัด.2556;18(2):1-7.

รัชวรรณ สุขเสถียร.ตัวแปรพยากรณ์ผลลัพธ์ระยะยาวด้านความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
ระยะเฉียบพลัน.Journal of Thai RehabilitationMedicine,2560;27(3):96-100

อภิพร กาญจนบุญชู,ปิยะภัทร เดชพระธรรม.ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต Stroke
Impact Scale (SIS) 3.0 ฉบับภาษาไทย.เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2558;25(2):45-52

พัชรภรณ์ สิริรัตนานนท์.ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่.[วิทยานิพนธ์].กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2558

พวงทอง ไกรพิบูลย์.คุณภาพชีวิต (Quality of life) [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ:[เข้าถึงวันที่ 27 กันยายน 2566]

วัลลภา เขยบัวแก้ว.กรอบคุณภาพชีวิต (Conceptual analysis of life and quality”Quality of Life”)

[อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ:[เข้าถึงวันที่ 27กันยายน2566].เข้าถึงได้จาก:

<http://www2.tsu.ac.th/org/lic/uploads/images/life.docx>

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2567



วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวไต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000

โทร.055-517488 ต่อ 5

www.northern.co.th