



วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2567



วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีโน้ตเทิร์น ISSN 2730-1583

Journal of Science and Technology Northern

ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 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.ธนช	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	ขมิตห์	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 อำเภอมือง จังหวัดตาก 63000
 โทรศัพท์ 055-517488 ต่อ 5

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

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ศรสวรรค์ ประณห์ศิริ.....	1
ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภोजะเเนะ จังหวัดนราธิวาส นุรมา สมการณ์.....	13
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมืองจังหวัดอุดรดิตถ์ วสันต์ หนองคาย.....	22
การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กในพื้นที่ตำบลปางมะค่า อำเภอลำทะเมนชัยบุรี จังหวัดกำแพงเพชร พรกมล พรปานันท์	34
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลข่อยสูง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ บุญยงค์ บุคำ.....	50
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัด อุดรดิตถ์ นิรุจน์ แก้วกรี.....	62

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย นันทวัน แก้วรักษา.....	76
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จันทร์เพ็ญ พวงดอกไม้.....	95
ความรู้ในการปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน หมู่ 5 บ้านเกาะนาคา ตำบลป่าคลอก อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ชนิดาภา รักธรรมกิจ.....	107
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม อุฬาริน พรกระแสน.....	119
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา สุธานาถ สนแย้ม, พรกนก คงเนตร และ ธนัช กนกเทศ.....	136
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอสี่ริมาศ จังหวัดสุโขทัย เอกศิลา ปานศรี.....	148

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านต่อความดันโลหิต พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียม และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลบ้านตาก ทศพล เต็มมีย์.....	166
ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย อัมพร พรชยากร, นิพนธ์ จิตอนุกุล.....	185
ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อความเสี่ยงภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง กนกพร อิมขวัญ, ชลดา ดั่งบ้านยาง และ ธนัช กนกเทศ.....	201



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์

ศรสวรรค์ ประทุมศรี¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ประชากรคือผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ พ.ศ.2567 จำนวน 341 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ทดสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์โดยแบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($P\text{-value}<0.001$) ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ ($P\text{-value}<0.001$) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($P\text{-value}=0.002$) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($P\text{-value}<0.001$) และการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($P\text{-value}=0.015$) ตามลำดับ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์, Email: SONSAWAN1970@Gmail.com

Factors related to the quality of life of the elderly in Na Khum Health Promoting Hospital District Ban Khok District, Uttaradit Province.

Sonsawan Paroonsiri¹

Abstract

The purpose of this research is to study the level of quality of life and health literacy in relation to the quality of life of the elderly in the Na Khum Health Promoting Hospital District. Ban Khok District, Uttaradit Province The population is the elderly who are listed according to the house registration of the Na Khum Health Promoting Hospital. Ban Khok District, Uttaradit Province In 2024, 341 people were selected using the formula for calculating the sample that knows the exact population of Daniel. A sample of 200 people was obtained using a systematic sampling method. The tool used to collect data is an interview form consisting of 3 parts: personal characteristics, health literacy, and quality of life. The quality of the interview was tested by 3 experts through a content check from 3 experts. These include personal attributes, health literacy, and quality of life. The quality of the interviews was tested by the interview form through the content verification of the content from 3 experts and was tested to analyze the confidence value using the Alpha Kronbach coefficient formula. The confidence score of the interview was 0.95. Analyze the data with Pearson's correlation coefficient statistics.

The results of the association analysis showed that the factors related to the quality of life of the elderly were statistically significant. Health literacy ($P\text{-value} < 0.001$) consists of cognition ($P\text{-value} < 0.001$), access to health information and health services ($P\text{-value} = 0.002$), and communication to increase expertise ($P\text{-value} < 0.001$), respectively and self-management to be safe ($P\text{-value} = 0.015$).

Keywords : Elderly, Health Literacy, Quality of Life

¹Public health technical officer, Professional Level. Na Khum Health Promoting Hospital Ban Khok District, Uttaradit Province.

Email: SONSAWAN1970@Gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และมีการคาดการณ์ไว้ว่า ในปี ค.ศ.2050 จำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จากปี ค.ศ. 2019 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (มากกว่า 1,500 ล้านคน) (ศูนย์ปฏิบัติการกรมอนามัย (DOC4.0), 2567) ปัจจุบัน พ.ศ.2567 มีครัวเรือนเกือบครึ่งที่มีผู้สูงอายุอยู่ แต่ขณะเดียวกันก็พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่กันตามลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลให้คาดการณ์ได้ว่าความต้องการด้านบริการ และการดูแลที่บ้านสูงขึ้น และข้อมูลการคัดกรองจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขยังพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีสุขภาพไม่แข็งแรงมีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการดูแลดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานราชการ ภาควิชาเครือข่ายท้องที่ ท้องถิ่น ภาคประชาชน จิตอาสา องค์กรเอกชน มูลนิธิ ชมรมสร้างสุขภาพฯ ที่สามารถเกื้อหนุนให้ความช่วยเหลือทั้งด้าน คน เงิน ของ เพื่อร่วมจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างดีที่สุด และต่อเนื่องระยะยาว พ.ศ.2567 ประเทศไทยมีประชากรทุกกลุ่มวัย จำนวน 66,024,168 คน จำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 13,273,555 คน ร้อยละ 20.10 (สำนักบริหารการทะเบียน, 2567) พ.ศ.2566 จังหวัดอุดรธานี มีจำนวนผู้สูงอายุ 109,207 คน ร้อยละ 25 ข้อมูลอำเภอบ้านโคก มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,983 คน ร้อยละ 19.8 ตำบลนาขุม มีจำนวนผู้สูงอายุ 679 คน ร้อยละ 22 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ข้อมูลตัวเลขฐานข้อมูล Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2567 พบว่าเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ดูแลประชากรเขต หมู่ 1 (บ้านนาขุม), หมู่ 2 (บ้านห้วยเหล่า), หมู่ 5 (บ้านนาบัว) และหมู่ 6 (บ้านห้วยไคร้) จำนวนประชากรทุกวัย 1,850 คน จำนวนผู้สูงอายุ 352 คน ร้อยละ 19.03 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2567) จากข้อมูลนี้จะพบว่าในอีก 3 ปี ข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์อย่างแน่นอนและประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรลเอตีแอล พบว่ามีกลุ่มติดสังคม 341 คน ร้อยละ 96.88 กลุ่มติดบ้าน 9 คน ร้อยละ 2.56 กลุ่มติดเตียง 2 คน ร้อยละ 0.57 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2567) ดังนั้นการจัดการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นับเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาการเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น ลดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความสุขสบายในการดำรงชีวิตประจำวัน มีคุณภาพชีวิตที่ดี เหมาะสมตามบริบทวิถีความเป็นอยู่ของแต่ละคน เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม โดยบูรณาการงานผู้สูงอายุร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพตำบลนาขุมโดยผู้วิจัยมีความสนใจว่ามีอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์ความรู้ด้าน

สุขภาพ ตามหลัก 3อ3ส กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 341 คน เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ใช้ผลคะแนนประเมิน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป สามารถอ่านออก เขียนได้ และไม่มีปัญหาในการสื่อสารภาษาไทย เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สมัครใจตอบแบบสัมภาษณ์ เจ็บป่วยในช่วงของการเก็บข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 200 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ Systematic Random sampling เพื่อเลือกรายชื่อผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(ของตนเอง) ความเพียงพอของรายได้ตนเองต่อการดำรงชีวิต ลักษณะการพักอาศัย สิทธิหลักด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ และบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วย

อย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์แปลผลตามแนวคิดของ เบสท์ (Best John W, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 คะแนน และระดับต่ำคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ใช้เกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI) (World Health Organization, 2002) จำนวน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนคุณภาพชีวิต มีคะแนนระหว่าง 26–130 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตที่ดี (96 – 130 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลางๆ (61 – 95 คะแนน) และ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 – 60 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย การศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.95

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ เอกสารรับรอง UPHO REC No. 043/2567 COA No. 044/2567 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2567

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 64-75 ปี (45%) ($\bar{X}$ = 68.28, S.D. = 6.61, Min = 60, Max = 91) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่/อยู่ด้วยกัน (76.50%) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับชั้นประถมศึกษา (76%) การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (60.50%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน (68.50%) ($\bar{X}$ = 3,566, S.D. = 7,916.64, Min = 600, Max = 60,000) ความเพียงพอของรายได้ตนเองต่อการดำรงชีวิตส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (67%) ลักษณะการพักอาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส/คู่ครอง และบุตรหลาน (39.50%) สิทธิหลักด้านการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่

ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาทหรือบัตรทอง (71.50%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (51.50%) มีโรคประจำตัว (48.50%) และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคน้อยกว่า 5 ปี (73.50%) ($\bar{X}$ = 3.11, S.D.=5.55, Min=0, Max=35) ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลจากสามี/ภรรยา (68%)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.70, S.D.=0.49) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ด้านความรู้ความเข้าใจตามหลัก 3อ2ส ($\bar{X}$ =2.88, S.D.=0.32) ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส ($\bar{X}$ =2.87, S.D.=0.34) ด้านการจัดการตนเอง ตามหลัก 3อ2ส ($\bar{X}$ =2.84, S.D.=0.37)ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส ($\bar{X}$ =2.86, S.D.=0.35) ด้านการตัดสินใจ ตามหลัก 3อ2ส ($\bar{X}$ =2.62, S.D.=0.50) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ตามหลัก 3อ2ส ($\bar{X}$ =2.61, S.D.=0.52) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส ของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี (n=200)

ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3 อ2ส	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1.ด้านความรู้ความเข้าใจ	177	88.50.	23	11.50	0	0.00	2.88	0.32
2.ด้านการเข้าถึง ข้อมูลฯ	172	86.00	28	14.00	-	-	2.86	0.35
3.ด้านการสื่อสารฯ	173	86.50	27	13.50	-	-	2.87	0.34
4.ด้านการรู้เท่าทันสื่อฯ	124	62.00	73	36.50	3	1.50	2.61	0.52
5.ด้านการตัดสินใจ	125	62.50	74	37.00	1	0.50	2.62	0.50
6.ด้านการจัดการตนเอง	167	83.50	33	16.50	-	-	2.84	0.37
รวมความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	143	71.50	54	27.00	3	1.50	2.70	0.49

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับสูง (58.50%) ($\bar{X}=2.59$, S.D.=0.49) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับสูง ได้แก่ ด้านร่างกาย ($\bar{X}=2.21$, S.D.=0.43) ด้านจิตใจ ($\bar{X}=2.67$, S.D.=0.48) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X}=2.31$, S.D.=0.51) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=2.65$, S.D.=0.49) ตามลำดับ (ตามตารางที่2)

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ (n=200)

ด้านเกี่ยวกับคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. ด้านร่างกาย	44	22.00	154	77.00	1	1.00	2.21	0.43
2. ด้านจิตใจ	136	68.00	63	31.50	1	0.50	2.67	0.48
3. ด้านสัมพันธภาพฯ	67	33.50	129	64.50	4	2.00	2.31	0.51
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	131	65.50	68	34.00	1	0.50	2.65	0.49
คุณภาพชีวิตและ								
สุขภาพชีวิตโดยรวม ของผู้สูงอายุ	117	58.50	83	41.50	-	-	2.59	0.49

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ตามตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.294$, $P\text{-value}<0.001$) ความรู้ความเข้าใจ ($r=0.269$, $P\text{-value}<0.001$) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($r=0.216$, $P\text{-value}=0.002$) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($r=0.26$, $P\text{-value}<0.001$) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($r=0.172$, $P\text{-value}=0.015$)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	คุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ด้านสุขภาพ	0.294	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความรู้ความเข้าใจ	0.269	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและ บริการสุขภาพ	0.216	0.002*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.261	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.063	0.376	ไม่พบความสัมพันธ์
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.091	0.198	ไม่พบความสัมพันธ์
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.172	0.015*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาและเสริมสร้างทักษะทางด้านความคิดด้วยสติปัญญา ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และบริการทางสุขภาพ ที่ได้รับมาจากการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคล ให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง ดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของตนเอง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการและสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง (Nutbeam, 2000) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของกรเกล้า รัตนชาญกร และคณะ (2566) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับของความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีด้วยเช่นกัน และงานวิจัยของ ณัฐกัญญ์ อ่องเอื้อ (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก และแตกต่างจากงานวิจัยของ มนทิญา กงลา (2564) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทเขตเทศบาลอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้สูงอายุประมาณครึ่งมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.9 รองลงมาร้อยละ 21.9 ระดับดี และร้อยละ 18.2 ระดับไม่ดี

ความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุมีความปรารถนา และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ เพราะการเรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ความเข้าใจ ที่จะดูแลสุขภาพให้แข็งแรง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ อ่อนละเอียด (2564) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (P-value<0.001), พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ (P-value<0.001), รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (P-value=0.003), พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (P-value=0.010) ตามลำดับ

การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม (P-value=0.002) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า หากผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพได้ดี จะสามารถใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลรู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ และปฏิบัติตนได้ตามหลัก 3อ2ส รวมถึงสามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพได้รวมถึงการเข้าถึงบริการทางสุขภาพใกล้บ้าน เช่น รพ.สต. ได้อย่างมีรวดเร็วทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Nutbeam, 2000) สอดคล้องกับงานวิจัยของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ (2560) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05) ได้แก่ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว

การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุได้รับการสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นสื่อสารด้วยภาษาพูด เขียน หรือถ่ายทอดให้รับรู้ด้วยเอกสาร คู่มือ หรือคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ จนทำให้มีความเข้าใจได้ ถูกต้อง สามารถนำไปปฏิบัติและชักชวนผู้อื่นปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง (Jurgen Ruesch and Gregory Bateson, 1951) สอดคล้องกับงานวิจัยของ บำเพ็ญ โมตรีโสภณ (2565) พบว่า การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีทางสังคมขณะเดียวกันกับการสร้างสัมพันธ์ใหม่ ภายใต้ทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อลดความทุกข์ทางจิตใจและเพื่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุได้

การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม (P-value=0.015) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการวางแผน และทบทวนในการจัดการคุณภาพชีวิตของตนให้ดีขึ้นได้ ย่อมเกิดจากการเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ อยู่เสมอ รวมถึงพยายามเรียนรู้ และมีกิจกรรมเพื่อจัดการตนเองให้มีความสุขความพึงพอใจให้แก่ตนเองตลอดเวลา (Ebersole and Hess, 1981) สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธราภรณ์ พัฒนะ (2561) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังเข้าโครงการดีกว่าก่อนเข้าโครงการ ($\bar{x}$ ก่อน = 81.1, SD=10.0 และ $\bar{x}$ หลัง = 82.6, SD=9.5) ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตโดยรวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.331, 60.426, 45.087$ ตามลำดับ , $p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1) ผลการวิเคราะห์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง (77%) ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลนาชุมควรสนับสนุนและจัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ สำหรับกิจกรรมบริหารร่างกาย ฝึกทำกายภาพ หรือออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง
- 2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ด้านทักษะด้านความรู้ความเข้าใจ ตามหลัก 3อ2ส ของผู้สูงอายุมีน้อยที่สุด ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุตำบลนาชุม และกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลนาชุม ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีทักษะในด้านความรู้ความเข้าใจ ตามหลัก 3อ2ส ให้มากขึ้น โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ ได้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ต้องการ และเพื่อให้มีเครือข่ายด้านข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). **คลังปัญญา (KM DOP) เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุ**. สืบค้น 10 พฤษภาคม 2567. จาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/741#:~:text=>
- กรเกล้า รัตนชาญกร และคณะ, (2566). **การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี**. นครปฐม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 10(1), (85-96), สืบค้น 15 พฤษภาคม 2567. จาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/index.php/CUT_Nursejournal
- กองสุศึกษา. (2561). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ**. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สืบค้น 26 กรกฎาคม 2567. จาก <https://hed.go.th/guideline/>
- ณรงค์ดี ทะละภัก และคนอื่นๆ. (2535). **ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พรสิวกการพิมพ์.
- ณัฐกันย์ อ่องเอื้อ. (2564). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี**. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา
- ณัฐชฎา วิจิตรจามรี.(2566). **ทฤษฎีการสื่อสาร**, 2566. สืบค้น 26 กรกฎาคม 2567 จาก [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/KU-INP-00457%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/KU-INP-00457%20(2).pdf)
- ทะนงศักดิ์ วันชัย, (2552). **คุณภาพชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออกวิทยาเขตบางพระ**. (ม.ป.ท.) : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก.
- นิสา ปัญญา. (2564). **การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมป่อย อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- นิพนธ์ พัวพงศกร และคณะ. (2535).**การประเมินผลกระทบขององค์กรกลาง.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์**
- บำเพ็ญ ไมตรีโสภณ. (2565). **แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารกับผู้สูงอายุกับการแพร่ระบาดของข่าวสารในช่วงสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 19**. มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด. 7(9), 157-172. สืบค้น 22 พฤษภาคม 2667. จาก <https://www.tci-thaijo.org/>
- พระสุธี การดำรง. (2565). **การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของจังหวัดนครปฐม**. มหาวิทยาลัยศิลปากร.วารสาร มจร พุทธปัญญา

- ปริทรรศน์, 8(5), 193-207. สืบค้น 18 พฤษภาคม 2567.
- จาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jmbr/article/view/264261>
- พัชรภรณ์ พัฒนะ. (2561). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขต**
สุขภาพที่ 4. ศูนย์อนามัยที่ 4. สระบุรี. พุทธชินราชเวชสาร, 36(1), 21-33. สืบค้น 18
 พฤษภาคม 2567. จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/>
- พัฒน์ กติพราภรณ์. (2531). **ชีวิตที่มีคุณภาพ.** กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- พิเชษฐ์ จั่นแก้ว และคณะ, (2566). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอบาง**
คนที จังหวัดสมุทรสงคราม. ราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, 3(2), (60-71), สืบค้น 20 พฤษภาคม 2567.
 จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/issue/view/18248>
- มันโสร ดอเลาะ. (2559). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัด**
ชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลบะละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา. (วิทยานิพนธ์
 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิต). ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
- มนทิญา กงลา. (2564). **ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท เขตเทศบาล**
อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. สารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 18(3), (75-85),
 สืบค้น 29 กรกฎาคม 2567. จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article>
- มนัญญา ภูแก้ว.(2553). **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546.** สำนักกฎหมาย. สืบค้น 10 พฤษภาคม
 2567. จาก <https://www.parliament.go.th/ewtadminewt/elawparcy/>
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. (2558). **โรคในผู้สูงอายุ.** สืบค้น 10 พฤษภาคม 2567.
 จาก <https://www.Bumrungrad.com/th/health-blog/january-2015/health->
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม. (2566). **สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2566.**
 เอกสารอัดสำเนา.
- ศูนย์ปฏิบัติการกรมอนามัย (DOC4.0). กรมอนามัย. (2567). สืบค้น 10 พฤษภาคม 2567.
 จาก <https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=6096>.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และวิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล. (2554). **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ**
องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. กรมสุขภาพจิต. สืบค้น 15 พฤษภาคม
 2567. จาก <https://dmh.go.th/test/whoqol/>.

- สมใจ อ่อนละเอียด. (2564). **ความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพหุพลัง จังหวัดนครปฐม**. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14(3), (333-345), สืบค้น 30 กรกฎาคม 2567. จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php>
- สมรัตน์ ขำมา. (2560). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา**. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(3), (153-162), สืบค้น 30 กรกฎาคม 2567. จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). **Health Data Center Uttaradit**. สืบค้น 10 พฤษภาคม 2567. จาก <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc>
- สำนักบริหารการทะเบียน. กรมการปกครอง. (2567). **ระบบสถิติทางการทะเบียน**. สืบค้น 12 พฤษภาคม 2567. จาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/>
- อชิชา วุฒิจรัส. (2564). **การรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลของผู้สูงอายุ**. วารสารสหศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 21(1), (90-106)
- อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ. (2560). **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสี่หมุก จังหวัดขอนแก่น**. วารสารราชพฤกษ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 15(2), (16-26), สืบค้น 26 กรกฎาคม 2567. จาก <https://search.tci-thailand.org/>
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2557). **การพัฒนาและใช้เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส**. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. สืบค้น 11 พฤษภาคม 2567. จาก <http://bsris.swu.ac.th/upload/243362.pdf>



ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภोजะแนะ จังหวัดนราธิวาส

นุรมา สมการณ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภोजะแนะ จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 40 ราย โปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้และทัศนคติ กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษา กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนให้กำลังใจและการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมที่ 4 การสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ 5 ทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาทดลอง 5 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมี ค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.908$, $P\text{-value}<0.001$) ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการนำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไปขยายผลในกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 ช่วงอายุคือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ขึ้นไป) เพื่อศึกษาว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหรือไม่เมื่อเปรียบเทียบกับทั้ง 3 กลุ่มอายุ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง, ประสิทธิผล

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภोजะแนะ จังหวัดนราธิวาส

The effectiveness of the development of quality of life program among the dependent' elderly in Chanae district, Narathiwat province.

Nurma Soomkan ¹

Abstract

This quasi experimental research aimed to study the effectiveness of the development of quality of life program among the dependent' elderly in Chanae district, Narathiwat province. Population in this study consisted of 40 dependent elderlies with chronic disease. This program was developed from all significantly factors from research study in phrase 1 including, 1) knowledge 2) attitude 3) health perception factors 4) enabling factors 5) reinforcing factors. The program of the development of quality of life program among the elderly composed of 5 activities including, step 1; increasing knowledge and attitude 2) consulting for elderly 3) motivation and empowerment and social support 4) health perception 5) home visit by health teams and assessment with in 5 months. The instrument used for data collection was structured interview and the quality of life forms and data analyzed to test research hypothesis by Paired sample t-test. The result showed that after the experimentation, the quality of life among elderly had mean score increased with significantly ($t=8.908$, $P\text{-value}<0.001$). Thus, the next research study will be studying in the 3 elderly groups including; early elderly (60-69 year), middle elderly (70-79 year), late elderly (more than 80 year). In additional, the objective to compare the effectiveness of the quality of life among 3 differently elderly groups.

Keyword: Quality of life, Elderly dependents, Effectiveness

¹Public health specialist, Chanae district public health office, Narathiwat province.

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2548 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 และในปี พ.ศ.2561 มีจำนวนประมาณ 11.7 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.8 ของประชากรไทย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562) โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในอีก 8 ปีข้างหน้าคือปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ “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)

จังหวัดนราธิวาส สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ.2560-2562 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 69,133, 69,506 และ 71,446 คน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำหรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพพบว่า ปี พ.ศ.2562 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพมีทั้งหมด 10 ปัญหา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาสุขภาพช่องปากโรคสมองเสื่อม โรคข้อเข่า ภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเขตจังหวัดนราธิวาส พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 31.88) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 7.62) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 3.89) ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2562) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เท่าเทียมกับคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง

จากข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส มีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส เพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและรวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส

กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยระยะ 2 ผู้วิจัยออกแบบกรอบแนวคิดโดยนำผลวิจัยระยะที่ 1 ได้แก่ ตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม โดยนำตัวแปรมาประยุกต์รวมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยการสร้างโปรแกรมฯ จำนวน 5 กิจกรรม ประกอบด้วย

- กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ ทักษะคิดและการเพิ่มทักษะในการปฏิบัติตัว
- กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุแบบรายกลุ่มและรายบุคคล
- กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนให้กำลังใจและการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม
- กิจกรรมที่ 4 การสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง
- กิจกรรมที่ 5 การกระตุ้นเตือนโดยทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ระหว่างเดือน สิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ.2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและขึ้นทะเบียนรักษากับสถานบริการในอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส ปีงบประมาณ 2562 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 248 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่พบภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุได้ ไม่น้อยกว่า 1 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างจะใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุสถานบริการในอำเภอจะนะ โดยนำรายชื่อของผู้สูงอายุมาเขียนลงในสลากแล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมาโดยไม่ใส่กลับคืน ให้ได้จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส โดยพัฒนามาจากผลวิจัยระยะที่ 1 นำตัวแปรมาประยุกต์รวมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาออกแบบกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 5 กิจกรรม

2. แบบสัมภาษณ์ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF-THAI (ฉบับภาษาไทย) (WHOQOL GROUP, 1995) (World Health Organization, 1994) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับคือ คุณภาพชีวิตที่ดี คะแนนระหว่าง 96-130 คุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนระหว่าง 61-95 คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนนระหว่าง 26-60

แบบสัมภาษณ์นี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.96

การทดลองและการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการวิจัยและการใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยการให้กลุ่มทดลองทำแบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพชีวิต หลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 5 กิจกรรม แล้วผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังทดลองเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

2. การทดลอง

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการเพิ่มทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อเป็นการเสริมสร้างความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการตนเองโดยเน้นประเด็นความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุแบบรายกลุ่มและรายบุคคลประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน โดยใช้วิธีการเสริมพลัง ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยใช้กิจกรรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การจัดกิจกรรม Self Help Group ในผู้สูงอายุป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 4 การสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Health perception and Self-efficacy) เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างนำคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพมาจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและแนวทางแก้ไขปัญหาและบันทึกลงในคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพ

กิจกรรมที่ 5 การกระตุ้นเตือนโดยทีมสุขภาพออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบพร้อมกับทีมผู้ดูแลที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในละแวกรับผิดชอบเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เอกสารรับรองเลขที่ PKPH 11/2562 ลงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ.2563

ผลการศึกษาวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.50%) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป (42.50%) ($\bar{X}$ =70.95, S.D.=8.293, Max=88, Min=60) มีสถานภาพคู่/สมรสและอยู่ด้วยกัน (60%) และมีผู้สูงอายุที่คู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก (40%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (30%) และระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (5%) มีเพียงร้อยละ 5 ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) (12.50%) และรับจ้างทั่วไป (10%) และมีผู้สูงอายุเพียง 2.50% ที่เป็นข้าราชการบำนาญ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (75%) ($\bar{X}$ =4,357.50, S.D.=4,820.782, Max=20,000, Min=600) ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล (100%) สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักคือสามีและ/หรือภรรยา (55%) รองลงมาคือ บุตรของผู้สูงอายุ (37.50%) และมีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากพี่/น้อง/หลาน/สะใภ้/บุตรเขย (7.50%) ประวัติการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (92.50%) โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (44.29%) โรคเบาหวาน (12.50%) และไขมันในเลือดสูง (5%) ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.003) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตจำแนกรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001, 0.001, <0.001, <0.001 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	78.95	15.816	104.52	9.086	8.868	78	0.003
- ด้านสุขภาพกาย	19.15	5.704	28.12	2.839	8.908	78	<0.001
- ด้านจิตใจ	19.02	4.582	24.07	2.758	5.971	78	0.001
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.95	1.551	11.92	1.913	7.638	78	<0.001
- ด้านสิ่งแวดล้อม	25.45	5.969	33.52	2.640	7.824	78	<0.001

การอภิปรายผลและสรุปผล

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและบริบททางสังคมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมตามวิถีชีวิตของแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม จากผลวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 104.52 ($\bar{X}=104.52$, S.D.=9.086) แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 78.95 ($\bar{X}=78.95$, S.D.=15.816) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ จริญญา วงษ์พรหม และคณะ (2558) พบว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อยู่บนฐานข้อมูลและความคิดของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย 4 มิติคือ กาย ใจ สังคม และปัญญา ในตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กระบวนการมีส่วนร่วมภายใต้ความต้องการของผู้สูงอายุในการสร้างโปรแกรม กิจกรรมและการนำไปทดลองใช้มีผลทำให้หลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านสูงขึ้น ผลการวิจัยสรุปว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภोजะเณร จังหวัดนราธิวาส มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แตกต่างจากเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.003) สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภोजะเณร จังหวัดนราธิวาส เกิดจากการนำผลวิจัยจากระยะที่ 1 คือการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภोजะเณร จังหวัดนราธิวาส ซึ่งเป็นตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภोजะเณร จังหวัดนราธิวาส โดยนำตัวแปรซึ่งประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคลความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และคุณภาพชีวิต มาใช้ในการออกแบบกิจกรรมต่างๆ จึงทำให้โปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภोजะเณร จังหวัดนราธิวาสนั้น เกิดจากความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทความเป็นอยู่ เกิดจากความต้องการของผู้สูงอายุจริงและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการบนพื้นฐานของผู้สูงอายุในพื้นที่และเกิดจากการพัฒนาแนวทางในการสร้างคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานของสภาพปัญหาที่แท้จริงของอำเภोजะเณร จังหวัดนราธิวาส ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ กรธณัฐ ปัญญาใส และคณะ (2560) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของ

ผู้สูงอายุ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงขึ้น เนื่องจากกระบวนการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้สูงอายุ ส่งผลให้การจัดกิจกรรมสอดคล้องกับบริบทความเป็นอยู่และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง แต่ผลการวิจัย แตกต่างจากการศึกษาวิจัยของ ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ (2555) ที่พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ หลังจากดำเนินกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุแล้วพบว่า ผลการเปรียบเทียบผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ($P\text{-value} > 0.05$)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) ผลการวิจัยนี้พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการทดลองอยู่ในระดับที่ดี ($\bar{X}=104.52$, $S.D.=9.086$) แต่เนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแบบประเมินคุณภาพชีวิตเพียงอย่างเดียว ดังนั้น เพื่อให้ผลลัพธ์การประเมินคุณภาพชีวิตมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้นและควรใช้การประเมินการตรวจสุขภาพร่างกาย ของบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพร่างกายตนเอง เพื่อให้ผลการประเมินสุขภาพร่างกายที่ชัดเจน

2) ควรเพิ่มระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ให้มากขึ้นเป็น 6-12 เดือน เพื่อให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของคุณภาพชีวิตมีความชัดเจนทั้งทางด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

- กรธรรณัฐ ปัญญาใส, จุฑามาศ กิตติศรี, พิชชานาถ เงินดี. 2560. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา; 12(2): 65-74.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). Health Data Center. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2563. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php>.
- จรัญญา วงษ์พรหม, ศิริบุณ จงวุฒิเวศย์, นวลฉวี ประเสริฐสุข, นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2558). การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. Veridian E-Journal, Silpakorn University; 8(3): 41-54.

ชมพูนุช พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). วารสารสำนักวิชาการสำนัก เลขานุการวุฒิสภา; 3(16): 3.

ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วรรณ คงสุริยะนาวัน, วิลาสินี เต็มเศรษฐเจริญ.

(2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. Journal of Nursing Science; 30(2): 35-45.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. นครปฐม : บริษัท พรินเทอรี่ จำกัด.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส. (2562). *รายงานผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://nwt.hdc.moph.go.th>

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

World Health Organization. (1994). Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography. Geneva: WHO(WHO/MNH/PSF/94.1).



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมืองจังหวัดอุดรดิตถ์

วสันต์ หนองคาย¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ประชากรคือ เกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 879 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 267 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง (83.10%) ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการสื่อสาร ($r=-0.070$, $P\text{-value}=0.256$) ด้านทักษะการจัดการตนเอง ($r=0.364$, $P\text{-value}<0.001$) ทักษะการตัดสินใจ ($r=-0.126$, $P\text{-value}=0.040$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($r=-0.147$, $P\text{-value}=0.016$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, เกษตรกรผู้ปลูกข้าว

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรดิตถ์, E-mail : wnongkhai@gmail.com

Factors related to pesticide using protection behaviors among rice farmer in Bandannakam Sub-district Health Promotion Hospital, Mueang district Uttaradit province

Wasan nongkhai¹

Abstract

This descriptive research aimed to study the association between health literacy and pesticide using protection behaviors effected to rice farmer. Population in this study consisted of 879 peoples which be registered list name in bandannakam subdistrict health promotion hospital, Mueang District, Uttaradit Province. The sample size calculating used Daniel formula for 267 cases, and systematic random sampling was determining for collecting data. Data collected by questionnaire composed of 3 parts including, characteristics, health literacy and pesticide using protection behaviors effected to rice farmer. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.81 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 (83.10%) ($\bar{X}$ =2.83, S.D.=0.38). Health literacy was positive associated with pesticide using protection behaviors among rice farmer in bandannakam subdistrict health promotion hospital mueang district Uttaradit province with statistics significantly communication skill ($r=-0.070$, $P\text{-value}=0.256$), decision skill ($r=-0.126$, $P\text{-value}=0.040$), self-management skill ($r=0.364$, $P\text{-value}<0.001$), media literacy skill ($r=-0.147$, $P\text{-value}=0.016$), respectively.

Keywords: health literacy, pesticide using protection behaviors, rice farmer

¹ Public health technical officer, Professional Level, Bandannakam Sub-district Health Promotion Hospital, Mueang district Uttaradit province, E-mail : wnongkhai@gmail.com

บทนำ

องค์การอาหารและการเกษตรจัดลำดับให้ประเทศไทยมีการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชมากเป็นอันดับที่ 5 ของโลก เกษตรทั่วโลกได้นำสารเคมีสังเคราะห์มาใช้อย่างแพร่หลายนับตั้งแต่ยุคปฏิวัติเขียว (Green revolution) เพื่อให้เกิดผลผลิตทางการเกษตรเพิ่มขึ้นให้เพียงพอ ต่อจำนวนประชากรโลกที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสารเคมีทางการเกษตรเหล่านี้มีสรรพคุณช่วยป้องกันและกำจัดศัตรูพืชรวมถึงการเพิ่มผลผลิตทางการเกษตรในทางตรงกันข้ามสารเคมีเหล่านี้ได้ก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพของประชากรโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกร (จรงค์ สุวรรณรัตน์, 2565) ประเทศไทยพบว่า สารกำจัดศัตรูพืชมีการใช้อย่าง กว้างขวาง และมีบทบาทมากในด้านเกษตรกรรม อย่างไรก็ตามยังคงพบปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันมีการนำเขาสารกำจัดศัตรูพืชเพิ่มสูงขึ้นทุกปีเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า การใช้สารกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทยมีปริมาณสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศไทยพบผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (แสงโฉม ศิริพานิช, 2556)

จังหวัดอุดรธานีมีประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ จากการเฝ้ากลุ่มเสี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่อการสัมผัสสารพิษกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์แกนอโฟสเฟตและคาร์บาเมต จากการเจาะเลือดคัดกรองด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper) ยังพบว่า มีกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยอยู่ จากผลการดำเนินงานปี 2562-2566 พบว่า เกษตรกรมีผลเลือดเสี่ยงและไม่ปลอดภัยมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2566 คือ ร้อยละ 29.87, 34.35, 26.05, 29.07 และ 37.91 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2566) ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพเกษตรกร อำเภอเมืองอุดรธานี ปี 2566 พบว่า เกษตรกรหรือกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจโดยใช้กระดาษ Reactive paper จำนวน 1,418 คน ผลการตรวจเลือดเกษตรกรที่มีความเสี่ยงเพื่อหาสารเคมีตกค้างในเลือดโดยใช้กระดาษ Reactive paper พบระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวน 663 คน คิดเป็นร้อยละ 46.76 ผู้ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร อำเภอเมืองอุดรธานีปี 2566 มีจำนวน 9 ราย คิดเป็นอัตรา 7.69 ต่อแสนประชากร โดยสารกำจัดแมลง จำนวน 7 รายคิดเป็นอัตรา 5.98 ต่อแสนประชากร สารกำจัดวัชพืช จำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตรา 0.85 ต่อแสนประชากรสารกำจัดศัตรูพืชอื่นๆ จำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตรา 0.85 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2566)

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถทำให้ประชาชนมีความปลอดภัยจากการประกอบอาชีพและช่วยลดหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนให้ช้าลง ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาความสามารถของตนเองในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจ ประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้อื่นและ

ตัดสินใจดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะทำให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เป็นมีการปฏิบัติที่เหมาะสมและหากพบปัญหาสุขภาพก็สามารถตัดสินใจที่เหมาะสม ลักษณะดังกล่าวจะส่งผลให้ประชาชนสามารถควบคุมผลกระทบต่อสุขภาพหรือสามารถลดความรุนแรงของโรคหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ (Nutbeam D,2000) จากข้อมูลเบื้องต้นจะเห็นได้ วาเกษตรกรมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลาย ซึ่งมีผลให้เกษตรกรมีพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้องยอมก่อให้เกิดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพตามมา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรดิตถ์

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม 2567-ธันวาคม 2567

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 879 คน เกณฑ์การคัดเข้าคือ เกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 267 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อเกษตรกรผู้ปลูกข้าวเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการทำการทำนา ระยะเวลาในการใช้สารเคมีของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว

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

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชประกอบด้วยพฤติกรรมก่อนใช้ ขณะใช้และหลังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

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 0.81

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

4. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เอกสารรับรองเลขที่ UPHO REC 036/2567 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวพบว่า เกษตรกรผู้ปลูกข้าวส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (70.40%) อายุระหว่าง 45-65 ปี (68.50%) ($\bar{X}$ =57.39, S.D.=10.39, Min=22, Max=80) สถานภาพคู่/สมรสและอยู่ด้วยกัน (84.30%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (76.80%) และมีเพียง 3.04% ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 3,000 – 10,000 บาท (66.70%) ($\bar{X}$ =7343.11, S.D.= 5149.67, Min=1,200, Max=30,000) ระยะเวลาในการทำนาของเกษตรกร ผู้ปลูกข้าว 2-5 เดือน/ปี (81.60%) น้อยกว่า 2 เดือน/ปี (7.90%) ระยะเวลาในการใช้สารเคมีของเกษตรกร ผู้ปลูกข้าว 1-3 เดือน/ปี (49.80%) น้อยกว่า 1 เดือน/ปี (23.20%)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับสูง (83.10%) ($\bar{X}$ =2.83, S.D.=0.38) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.92, S.D.=0.29) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.89, S.D.=0.35) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.79, S.D.=0.46) การจัดการตนเอง ($\bar{X}$ =2.72, S.D.=0.48) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{X}$ =2.66, S.D.=0.50) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X}$ =2.63, S.D.=0.49) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี (n=267)

ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพ	246	92.10	20	7.50	1	0.40	2.92	0.29
2.ด้านความรู้ ความเข้าใจ	240	89.90	24	9.00	3	1.10	2.89	0.35
3.ด้านทักษะการสื่อสาร	216	80.90	45	16.90	6	2.20	2.79	0.46
4.ด้านทักษะการจัดการ ตนเอง	194	72.70	70	26.20	3	1.10	2.72	0.48
5.ด้านทักษะการตัดสินใจ	170	63.70	96	36.00	1	0.40	2.63	0.49
6.ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	180	67.40	84	31.50	3	1.10	2.66	0.50
รวม								
ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	222	83.10	45	16.90	0	0	2.83	0.38

พฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อยู่ในระดับสูง (79.80%) ($\bar{X}$ =2.79, S.D.=0.41) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อยู่ในระดับสูงจำแนกรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($\bar{X}$ =2.78, S.D.=0.47) พฤติกรรมขณะที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($\bar{X}$ =2.78, S.D.=0.44) พฤติกรรมหลังที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($\bar{X}$ =2.55, S.D.=0.51) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนนาขาม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (n=267)

ด้านความรู้	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
-ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	216	80.90	44	16.50	7	2.60	2.78	0.47
-ขณะที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	212	79.40	52	19.50	3	1.10	2.78	0.44
-หลังจากที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	147	55.10	119	44.60	1	0.40	2.55	0.51
รวม								
ด้านพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	213	79.80	53	19.90	1	0.40	2.79	0.41

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนนาขาม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนนาขาม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (n=267)

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ผลวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพ	-0.049	0.422	ไม่พบความสัมพันธ์
ภาพรวม			
- ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ	-0.062	0.313	ไม่พบความสัมพันธ์
- ด้านความรู้ ความเข้าใจ	-0.070	0.256	ไม่พบความสัมพันธ์
- ด้านทักษะการสื่อสาร	0.409	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านทักษะการจัดการตนเอง	0.364	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านทักษะการตัดสินใจ	-0.126	0.040*	มีความสัมพันธ์ทางลบ
- ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	-0.147	0.016*	มีความสัมพันธ์ทางลบ

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

การอภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ด้านความรู้ความเข้าใจ, ด้านทักษะการสื่อสาร, ด้านทักษะการจัดการตนเอง, ด้านทักษะการตัดสินใจ, ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะในด้านทักษะการสื่อสาร, ด้านทักษะการจัดการตนเอง, ด้านทักษะการตัดสินใจและด้านการรู้เท่าทันสื่อ สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) หมายถึง ทักษะต่างๆ ทาง การรับรู้ทางสังคม ซึ่ง

เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (กองสุศึกษา, 2559)

สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) หมายถึง 1) ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีรวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของ บุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริม และรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของ บุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการ ส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Nutbeam D.; 2000, 2008) ผลการวิจัยสอดคล้องกับ การวิจัยของ ธวัชชัย เอกสันติ, นิภา มหารัษฎางกูร, รอดจากภัย, อนามัย เทศกะทิก.(2565) ที่พบว่า เกษตรกรผู้ ปลูกข้าวในเขตพื้นที่คลองส่งน้ำชลประทาน จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพด้านทักษะการ สื่อสาร, ด้านทักษะการจัดการตนเอง, ด้านทักษะการตัดสินใจและด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ อนันต์ อภิตการ, ศวิตา ศรีสวัสดิ์(2566) ที่พบว่าความรอบรู้สุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร, ด้านทักษะการจัดการ ตนเอง, ด้านทักษะการตัดสินใจและด้านการรู้เท่าทันสื่อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.099 , 0.316, 0.145 และ 0.312 ตามลำดับ จากผล การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย

ด้านทักษะการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกรผู้ปลูกข้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.409$, $P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าเกษตรกรผู้ ปลูกข้าวสามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ทำให้มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ถูกต้อง

ด้านทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.364$, $P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า

เกษตรกรผู้ปลูกข้าวสามารถกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติโดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ด้านทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.126$, $P\text{-value}=0.040$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า เกษตรกรผู้ปลูกข้าวสามารถศึกษาเหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.147$, $P\text{-value}=0.016$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าเกษตรกรผู้ปลูกข้าว สามารถตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพพบว่า เกษตรกรผู้ปลูกข้าวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในด้านทักษะการสื่อสาร ($\bar{X}=2.79$, $S.D.=0.46$) และด้านทักษะการจัดการตนเอง ($\bar{X}=2.72$, $S.D.=0.48$) ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมเพื่อให้เกษตรกรผู้ปลูกข้าวมีทักษะที่สูงขึ้น โดยใช้กิจกรรมการประเมินทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งคือองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ควรส่งเสริมให้กับเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว เพื่อลดความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ในด้านทักษะการตัดสินใจ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยนำมาประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีแนวคิดของ Nutbeam (2000) ในองค์ประกอบระดับ 2 Communicative/Interactive Literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะ

ในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น โดยโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Knowledge and health literacy skill) เป็นการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่เกษตรกรผู้ปลูกข้าว เพื่อเพิ่มทักษะโดยการจัดทำเอกสารความรู้และแบบสอบถาม เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะเกษตรกรผู้ปลูกข้าว โดยเน้นประเด็นความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 ประเมินการเปรียบเทียบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติได้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาความสามารถและทักษะด้านการตัดสินใจ เป็นการจัดกิจกรรมการสร้างทักษะการตัดสินใจในการเปรียบเทียบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว โดยการบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม

กิจกรรมที่ 3 ประเมินวิธีการค้นหาและตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพ ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวก่อนจะตัดสินใจเชื่อเพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกษตรกรผู้ปลูกข้าวค้นหาและตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆก่อนตัดสินใจเชื่อโดยใช้แบบสอบถามประเมินการค้นหาข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา (2559). ความหมายความรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy).กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ปีงบประมาณ 2559.

จรงค์ สุวรรณรัตน์ พบ.ธณกร ปัญญาโสโสภณ พร.ด.การวิจัยและพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร
Journal of Nursing and 4 มีนาคม พ.ศ.2565

ธวัชชัย เอกสันติ,นิภา มหารัษฎพงศ์,ยุวดี รอดจากภัย,อนามัย เทศกะทีก.(2565)ความสัมพันธ์ระหว่าง

- ความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเกษตรกรปลูกข้าว
จังหวัดนครราชสีมา.วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล.ปีที่28 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565
- แสงโถม ศิริพานิช. (2556). สถานการณ์และผลต่อสุขภาพจากสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช.รายงานการเฝ้า
ระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์,44, 689-92.สำนักงานเกษตรจังหวัดกาญจนบุรี (2559).ข้อมูล
เศรษฐกิจการเกษตร. คนเมื่อ 7 เมษายน 2558
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี,2566. สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ2566.กลุ่มงานอนามัย
สิ่งแวดล้อม รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อุดรธานี.
- อนันต์ อภิตการ, ศวิตา ศรีสวัสดิ์.(2566). ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแล
สุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 16
ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน – มิถุนายน 2566
- Best, John W. 1977. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey
: Prentice Hall, Inc.
- Bloom, Benjamin S. (1976). Taxonomy of Education Objective, Handbook I :
Cognitive Domain. New York : David McKay.
- Daniel, W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences
(9th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health
education and communication strategies into the 21st century. Health promotion
international 2000; 15(3): 259-67



การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่ตำบลปางมะค่า อำเภอลำดวนบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

พรกมล พรพานันท์¹

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research ตามกรอบแนวคิด Kemmis, and McTaggart (1988) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบ และศึกษาผลของกระบวนการและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่ตำบลปางมะค่า อำเภอลำดวนบุรี จังหวัดกำแพงเพชรแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ที่เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 28.72 ± 3.25 คะแนนเฉลี่ยเจตคติ 10.50 ± 3.05 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 11.94 ± 3.93 และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 9.72 ± 4.60 ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลปางมะค่า จังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การวางแผน ศึกษาข้อมูลและแนวทางที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติ ผูกอบรมผู้มีส่วนร่วม ให้สามารถดำเนินการ พัฒนาและจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เด็กและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง นำการฝึกอบรมที่พัฒนาแล้วไปใช้ในสถานการณ์จริงและเริ่มดำเนินกิจกรรมการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ระยะที่ 3 ขั้นสังเกต ประเมินความร่วมมือและความพึงพอใจของทั้งกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เข้าร่วมโครงการ ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล สรุปผลการดำเนินกิจกรรม โครงการ และปัญหาที่พบเจอพบว่าระบบการคัดกรองพัฒนาการเด็กมีประสิทธิภาพในการติดตามพัฒนาการตามช่วงอายุ แต่มีปัญหาจากผู้ปกครองบางรายที่ขาดความตระหนักและไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมเฝ้าระวัง ผลของกระบวนการคือมีความถึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนา ร้อยละ 85

คำสำคัญ : การเฝ้าระวังและส่งเสริม , พัฒนาการ, เด็กปฐมวัย, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำดวนบุรี จังหวัดกำแพงเพชร E-mail : koong2019@hotmail.com

Development of a Surveillance and Early Childhood Development Promotion Model in Child Development Centers in Pang Makha Subdistrict, Khanu Woralaksaburi District, Kamphaeng Phet Province.

Pomkamon Pornpaphanan¹

Abstract

This research employed an Action Research methodology based on the framework of Kemmis and McTaggart (1988), comprising four phases: Planning, Action, Observation, and Reflection. The objectives were to study the context and influencing factors, to examine the development process of a surveillance and promotion model, and to analyze the outcomes and success factors in implementing an early childhood development surveillance model at the Child Development Center in Pang Makha Subdistrict, Khanu Woralaksaburi District, Kamphaeng Phet Province. The sample was divided into two groups: local administrators and relevant network stakeholders, as well as representatives of the community, parents, or guardians. Data was collected using questionnaires and analyzed by frequency distribution, percentages, ratios, means, and standard deviation, along with in-depth interviews and group discussions, analyzed through content analysis.

The results indicated that the average knowledge score was 28.72 ± 3.25 , attitude score was 10.50 ± 3.05 , behavior score was 11.94 ± 3.93 , and awareness of the surveillance and promotion model's implementation was 9.72 ± 4.60 . The early childhood development surveillance and promotion system in Pang Makha Subdistrict consists of four stages: 1) Planning, including a review of relevant information and guidelines to develop the screening and promotion system; 2) Action, involving training participants to conduct screenings and continuously engaging children and parents in development-promoting activities, followed by practical implementation and initiation of screening activities; 3) Observation, assessing the cooperation and satisfaction of administrators and practitioners, and observing the learning behaviors of children; and 4) Reflection, summarizing activities, projects, and encountered issues, which highlighted the system's efficiency in tracking age-appropriate development. However, some issues arose, such as a lack of parental awareness and inconvenience in attending surveillance activities. The process outcome showed an 85% satisfaction rate with the development approach.

Keyword :Surveillance and Promotion, Development, Early Childhood, Child Development Center

¹ Public Health Technical Officer (PROFESSIONAL Level), Khanu Woralaksaburi District Public Health Office, Kamphaeng Phet Province. E-mail : koong2019@hotmail.com

บทนำ

การพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกที่ได้รับการรับรองจาก 189 ประเทศในเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) (รายงานการสังเคราะห์ตัวชี้วัด ด้านการศึกษาไทย ตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน, 2560) เนื่องจากเป็น "โอกาสทอง" ของการพัฒนาสมองที่จะเติบโตถึงร้อยละ 80 ของสมองผู้ใหญ่ และเป็นช่วงวางรากฐานชีวิตทุกด้าน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สำหรับประเทศไทยรัฐบาลได้กำหนดนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องตั้งแต่รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ โดยมีหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน 4 กระทรวง อย่างไรก็ตาม การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 (MICS) และการสำรวจของกรมอนามัย พบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ ปัญหาพัฒนาการ ภาวะทุพโภชนาการทั้งขาดและเกิน ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ การขาดความรู้และทักษะของผู้ปกครอง การขาดความร่วมมือในการเชื่อมต่อสู่ระดับประถมศึกษา รวมถึงการขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลให้การพัฒนาเด็กปฐมวัยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

สถานการณ์เด็กปฐมวัยในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งสิ้น 4,106,417 คน (ระบบฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย, 2564) โดยแบ่งเป็นกลุ่มเด็กอายุ 0-1 ปี จำนวน 734,240 คน (ร้อยละ 5.47) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัว และกลุ่มเด็กอายุ 2-5 ปี จำนวน 3,282,167 คน (ร้อยละ 94.53) ที่ส่วนมากอยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนประถมศึกษาที่มีชั้นอนุบาล จากการประเมินพัฒนาการในปี พ.ศ. 2564 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 95.96 และมีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 4.04 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จากข้อมูลระบบฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center, 2567) แสดงให้เห็นว่าจังหวัดกำแพงเพชรมีแนวโน้มเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยลดลงจากร้อยละ 98.81 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 97.15 ในปี 2566 เช่นเดียวกับอำเภอขาณุวรลักษบุรีที่มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 99.36 เป็นร้อยละ 95.45 ในเวลาเดียวกันในไตรมาสที่ 2 ของปี 2567 พบว่าจังหวัดกำแพงเพชรมีการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ร้อยละ 47.19 โดยพบพัฒนาการสมวัยร้อยละ 45.23 สำหรับอำเภอขาณุวรลักษบุรีมีการคัดกรองร้อยละ 40.84 พบพัฒนาการสมวัยร้อยละ 36.81 ส่วนตำบลปางมะค่ามีการคัดกรองเพียงร้อยละ 18.75 แต่พบพัฒนาการสมวัยสูงถึงร้อยละ 97.92 (Health Data Center, 2567) แม้จังหวัดกำแพงเพชรจะมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครอบคลุมทุกตำบลจำนวน 176 แห่ง แต่จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่าบางแห่งยังต้องพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังพบปัญหาครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็ก เด็ก

ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลโดยผู้สูงอายุเนื่องจากพ่อแม่ต้องไปทำงานต่างถิ่น รวมถึงการขาดรูปแบบการบูรณาการการดำเนินงานที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานศึกษาสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ให้บริการอบรมเลี้ยงดู จัดประสบการณ์ และส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2567) โดยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปางมะค่า ตั้งอยู่ที่เทศบาลเมืองปางมะค่า อำเภอชาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร มีบุคลากรครูและผู้ดูแลเด็ก 10 คน ดูแลเด็กทั้งหมด 115 คน แบ่งเป็นชาย 66 คน และหญิง 49 คน (เทศบาลเมืองปางมะค่า, 2567) จากข้อมูลการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลปางมะค่าโดยใช้แบบประเมิน DSPM พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยลดลงจากร้อยละ 98.75 ในปี 2562 เหลือเพียงร้อยละ 85.58 ในปี 2566 และในไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2567 พบเด็กมีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 53.64 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 24.69 (Health Data Center, 2567) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรกำหนด โดยพบว่าเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองปางมะค่า

จากสภาพปัญหาและความสำคัญที่กล่าวมาแล้วนั้น สถานการณ์ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลปางมะค่าพบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ การคัดกรองพัฒนาการเด็กยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย การขาดแคลนเครื่องมือ DSPM สำหรับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานในการติดตามและส่งต่อ รวมถึงการปฏิเสธการเข้ารับบริการของผู้ปกครอง นอกจากนี้ยังพบว่าการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยังขาดความต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีปัจจัยด้านครอบครัว ผู้ดูแลเด็ก และสิ่งสนับสนุนอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามช่วงวัย จึงมีความจำเป็นในการศึกษาเพื่อค้นหารูปแบบการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กปฐมวัย เพื่อแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดและเกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลปางมะค่า อำเภอชาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่ตำบลปางมะค่า อำเภอลำปางบุรี จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่ตำบลปางมะค่า อำเภอลำปางบุรี จังหวัดกำแพงเพชร
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่ตำบลปางมะค่า อำเภอลำปางบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร

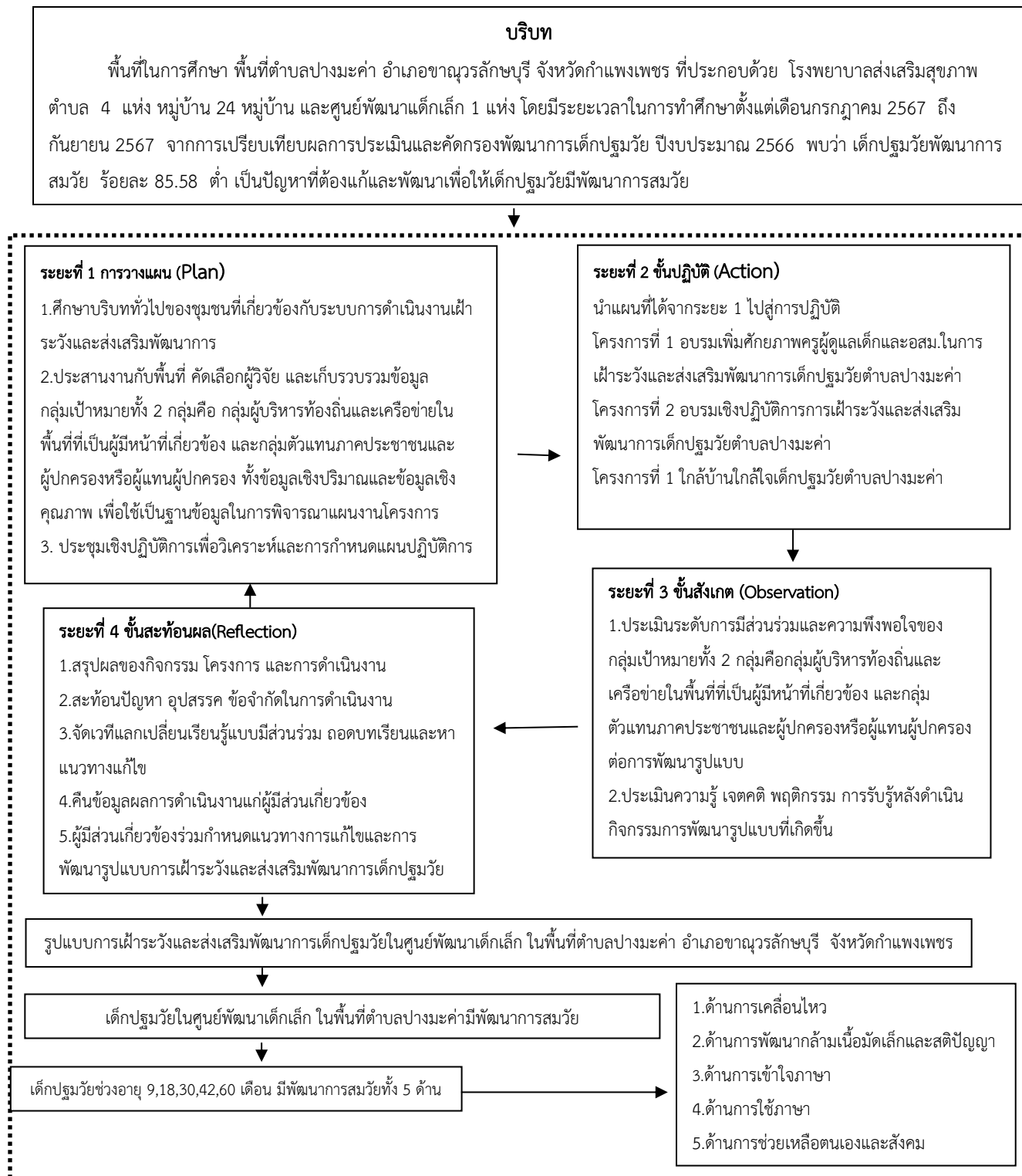
- 1) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในตำบลปางมะค่า ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น บุคลากรทางการศึกษาเทศบาลเมืองปางมะค่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง จำนวน 39 คน
- 2) ตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง จำนวน 21 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research ตามกรอบแนวคิด Kemmis, and McTaggart (1988) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

เชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในตำบลปางมะค่า ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น บุคลากรทางการศึกษาเทศบาลเมืองปางมะค่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง

2) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่เป็นผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการจัดการเพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ที่เป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น บุคลากรทางการศึกษา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 18 คน

หลักเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
- 2) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด ระยะเวลาของการวิจัย
- 3) ร่วมในการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
- 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

หลักเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

ผู้ร่วมวิจัยของการให้ข้อมูลระหว่างการวิจัย 2) ผู้ร่วมวิจัยได้รับคำสั่งย้ายไปปฏิบัติราชการนอกเขตพื้นที่ตำบลปางมะค่า อำเภอลำปางบุรีในระหว่างการศึกษาวิจัย

เชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง ประกอบด้วย ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยโดยตรง (บิดา มารดา) และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่ดูแลเด็กปฐมวัย (เครือญาติที่ดูแลเด็กปฐมวัยในกลุ่มเป้าหมาย) และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า

2) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง ประกอบด้วย ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยโดยตรง (บิดา มารดา) และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่ดูแลเด็กปฐมวัย (เครือญาติที่ดูแลเด็ก

ปฐมวัยในกลุ่มเป้าหมาย) และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนทั้งสิ้น 20 คน

หลักเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) เป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ตำบลปางมะค่า
- 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย
- 3) ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้
- 4) มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถโต้ตอบและสื่อความหมายเข้าใจในการตอบ

หลักเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ที่มีความผิดปกติทางการสื่อสารหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับรู้เข้าใจหรือให้ข้อมูลต่างๆได้
- 2) มีร่างกายไม่แข็งแรง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีโรคแทรกซ้อนในระดับที่รุนแรงที่จะทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่มได้
- 3) ผู้ปกครองเด็กที่อยู่ระหว่างการย้ายไปเข้าศึกษาที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ผู้วิจัยได้จำแนกแบบสอบถามออกเป็น 2 ชุด สำหรับผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ สำหรับกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง รายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถามผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองเป็นข้อคำถามลักษณะทางประชากร จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำนวน 34 ข้อเป็นลักษณะให้เลือกตอบข้อคำถามที่คิดว่าถูกต้องซึ่งการให้คะแนน คำตอบที่ตอบถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดจะได้ 0 คะแนน คะแนนความรู้เป็นคะแนนรวมมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและมีค่าสูงสุด 34 คะแนน

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 6 ข้อ มีประยุต์มาตราประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มีลักษณะแบบเลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ

ส่วนที่ 5 การรับรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีจำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 คำตอบ คือ ทราบ ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ

การแปลผล แบ่งกลุ่มหาระดับของตัวแปร โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

ระดับมาก ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79

ระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสังเกตการมีส่วนร่วม แบบบันทึกการ สนทนา กลุ่ม และแบบบันทึกกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ที่เป็นผู้มีหน้าที่ เกี่ยวข้อง พบว่า ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้านความรู้ ด้านเจตคติ ด้านรับรู้การดำเนินงาน เท่ากับ 0.92, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ และมีค่าเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.80, 0.81 และ 0.84 ตามลำดับ

แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง พบว่า ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้านความรู้ ด้านเจตคติ ด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ด้านรับรู้การดำเนินงาน แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินการมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.98, 0.96, 1.00, 0.96 และ 0.97 ตามลำดับ และมีค่าเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.84, 0.81, 0.84, 0.84, 0.90 และ 0.97 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัยดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิง พรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล พื้นฐานทางประชากรตามตัวแปร เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมกลุ่ม ตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่โครงการ 67 02 11 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review)
รับรองเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2567

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง
และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลปางมะค่า อำเภอลำดวนบุรี จังหวัด
กำแพงเพชร แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ที่เป็นผู้มีหน้าที่
เกี่ยวข้อง และตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
ประกอบด้วย แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เพื่อศึกษาบริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่ตำบลปางมะค่า อำเภอลำดวนบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

1.1 กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ที่เป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ที่เป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริม
พัฒนาการเด็กปฐมวัยในตำบลปางมะค่า จำนวน 18 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.78 มีอายุเฉลี่ย 39.35 ± 13.07 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 77.78 ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 55.56 มีอาชีพข้าราชการ/
เจ้าหน้าที่รัฐร้อยละ 72.22 และมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,001 บาท ร้อยละ 44.44

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรม และการรับรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ภาพรวมของกลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ที่เป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง (n=18)

ระบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	$\bar{x}$	SD
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 34)	28.72	3.25
เจตคติต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 18)	10.50	3.05
พฤติกรรมการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 21)	11.94	3.93
การรับรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 18)	9.72	4.60

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 28.72 ± 3.25
คะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 10.50 ± 3.05 คะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 11.94 ± 3.93 และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การ
ดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 9.72 ± 4.60

1.2 กลุ่มตัวแทนประชาชนและตัวแทนผู้ปกครอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวแทนประชาชนและตัวแทนผู้ปกครอง จำนวน 21 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.48 มีอายุเฉลี่ย 40.29 ± 7.84 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 80.95 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 61.90 มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 38.10 และมีรายได้ต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 33.33

ตารางที่ 2 ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรม และการรับรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของกลุ่มตัวแทนประชาชนและตัวแทนผู้ปกครอง (n=21)

ระบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	$\bar{x}$	SD
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 32)	27.33	3.20
เจตคติต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 36)	19.52	8.08
พฤติกรรมการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 21)	13.14	3.28
การรับรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 30)	15.00	7.52

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 27.33 ± 3.20 คะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 19.52 ± 8.08 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 13.14 ± 3.28 และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 15.00 ± 7.52

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่ตำบลปางมะค่า อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในตำบลปางมะค่า จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.00 มีอายุเฉลี่ย 43.00 ± 12.83 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 50.00 มีอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 50.00 และมีรายได้ต่อเดือน 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 40.00 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

รูปแบบการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในตำบลปางมะค่า อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการวางแผนการคัดกรองเป็นระบบ ครอบคลุม มีการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงอายุ มีระบบการส่ง

ต่อในเด็กที่มีความผิดปกติให้กับทางโรงพยาบาลรักษาต่อ โดยเมื่อพบเด็กสงสัยล่าช้าให้กระตุ้นพัฒนาการ และติดตามภายใน 1 เดือน หากตรวจซ้ำแล้วยังพบล่าช้าให้ส่งต่อไปยังภาคีเครือข่าย เช่น รพช.รพ.สต. และมีการส่งเสริมความรู้เรื่องการตรวจพัฒนาการเด็กให้กับ อสม. เพื่อดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ และประสานงานกับครูปฐมวัยแต่ละโรงเรียน รวมถึงครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการได้ดี เช่น กิจกรรมช่วงเช้าหน้าเสาธง เคลื่อนไหวเข้าจังหวะ กิจกรรมในห้องเรียน แต่ยังมีเด็กบางส่วนที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ เนื่องจาก ผู้ปกครองไม่เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก ผู้ปกครองไม่ยอมรับในการประเมินของครู ผู้ปกครองส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน เด็กอาศัยอยู่กับตายาย จึงไม่ว่าง หรือไม่สะดวกในการเดินทางมา รพ.สต. เด็กบางคนไม่ 'อยู่' ในพื้นที่ จึงทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถตามเด็กมาตรวจพัฒนาการได้ และเด็กบางคนติดโทรศัพท์ทำให้มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จึงควรมีการจัดโครงการอบรมให้ความรู้ / สื่อประชาสัมพันธ์ แก่บุคลากรสาธารณสุข อสม. และผู้ปกครองในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และสามารถคัดกรองหรือบันทึกพัฒนาการของเด็กได้ เพื่อให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เจ้าหน้าที่มีการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการครอบคลุมทุกพื้นที่ และประสานงานกับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในพื้นที่ และมีการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการสนับสนุนด้านบุคลากร และเครื่องมือ/อุปกรณ์ ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความรู้และทักษะในการพัฒนาเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมถึงควรมีการพัฒนาในรูปแบบของงานวิจัยมาสนับสนุนการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้มีการทำงานเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ มากขึ้นดังต่อไปนี้

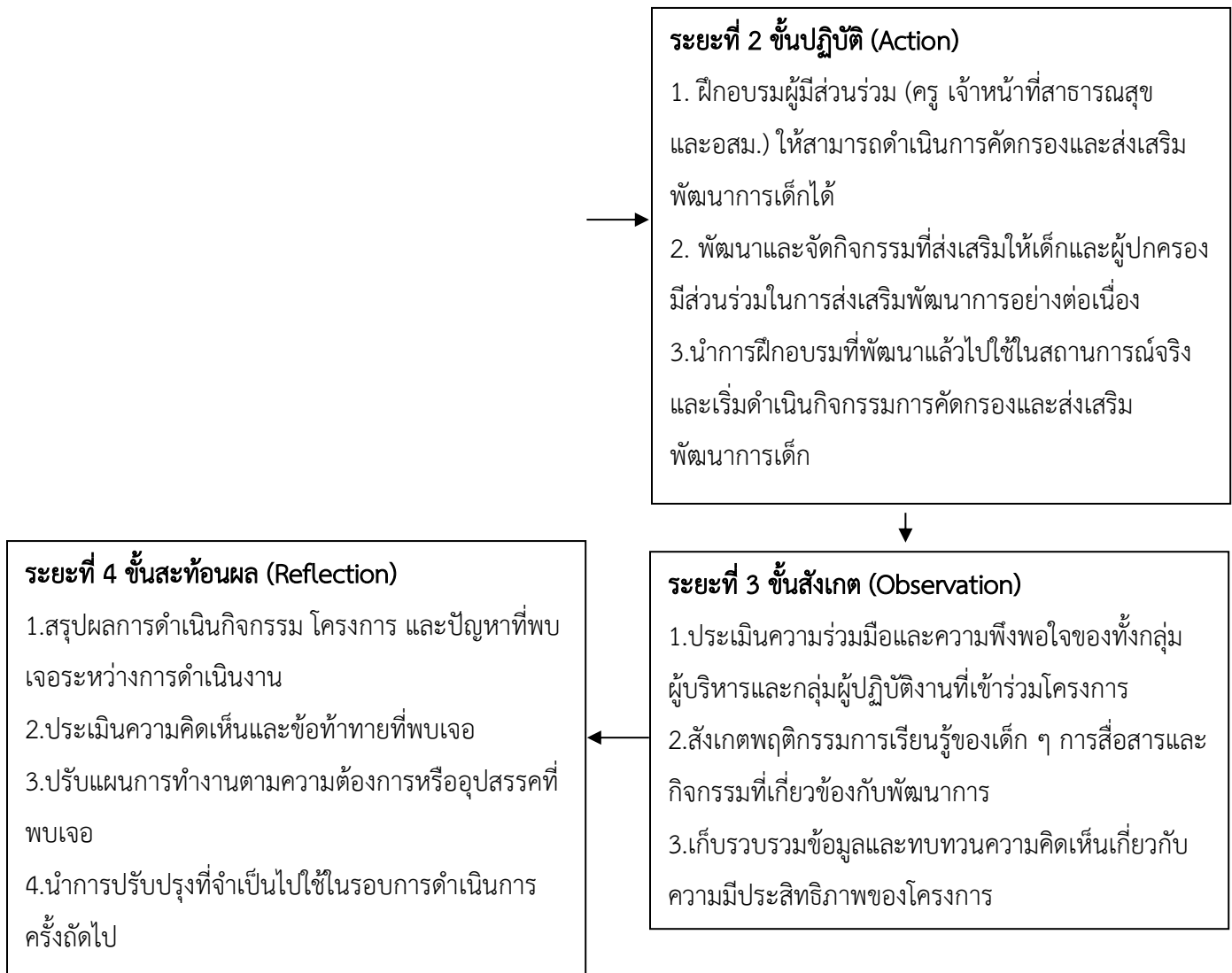
รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่ตำบลปางมะค่า อำเภอนาวารักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Plan)

- 1.ศึกษาข้อมูลและแนวทางที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- 2.แบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมเป็น 2 กลุ่ม: กลุ่มผู้บริหารและ

4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567

Oct - Dec 2024



ส่วนที่ 3 ผลของกระบวนการและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่ตำบลปางมะค่า อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดกำแพงเพชร

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลปางมะค่า ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ระยะ ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. ทำให้เกิดการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 85 โดยปัจจัยความสำเร็จสำคัญคือการสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีทรัพยากรเพียงพอ และการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอ

อภิปรายผล

การวิจัยนี้ศึกษาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลปางมะค่า จังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาข้อมูลและแนวทางที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) ฝึกอบรมผู้มีส่วนร่วม (ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม.) ให้สามารถดำเนินการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ พัฒนาและจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เด็กและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง นำการฝึกอบรมที่พัฒนาแล้วไปใช้ในสถานการณ์จริงและเริ่มดำเนินกิจกรรมการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ระยะที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) ประเมินความร่วมมือและความพึงพอใจของทั้งกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เข้าร่วมโครงการสังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็ก ๆ การสื่อสารและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเก็บรวบรวมข้อมูลและทบทวนความคิดเห็นเกี่ยวกับความมีประสิทธิภาพของโครงการ ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) สรุปผลการดำเนินงาน กิจกรรม โครงการ และปัญหาที่พบเจอพบว่าระบบการคัดกรองพัฒนาการเด็กมีประสิทธิภาพในการติดตามพัฒนาการตามช่วงอายุ แต่มีปัญหาจากผู้ปกครองบางรายที่ขาดความตระหนักและไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมเฝ้าระวัง ทั้งนี้ ควรมีการอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้กับผู้ปกครองและบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มเติม เพื่อปรับปรุงระบบเฝ้าระวังให้ครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิจิตร จันตบุตร (2561) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลสิริเชียร อำเภอน้ำเย็น จังหวัดวัดอุบลราชธานี พบว่ากระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กครั้งนี้ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในพื้นที่ 2) การเก็บ รวบรวมข้อมูล การประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM 3) การวางแผน 4) การปฏิบัติตามแผนงาน 5) ดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 6) การติดตามและประเมินผลทุก 3 เดือน 7) จัดเวทีสะท้อนผลติดตามผลการปฏิบัติ 8) สรุปผลการดำเนินงาน ผลการศึกษา พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินงานทั้งทางด้านความรู้ ด้านการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) และเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีจำนวนที่มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.27 กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในครั้งนี้มีปัจจัย แห่งความสำเร็จ คือ การมีภาคีเครือข่ายในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการกำหนดแนวทางการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้การมีส่วนร่วมเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจบทบาทของตนเอง มีการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับงานวิจัยของปาณิสรา ยานินพันธ์ (2564) ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโสม อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

กระบวนการครั้งนี้ประกอบด้วย มีกระบวนการ 6 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ตำบลโง้ง วิเคราะห์สภาพปัญหา ขั้นที่ 2 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/เก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นที่ 3 กิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และวางแผนปฏิบัติการขั้นที่ 4 การนำแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ ขั้นที่ 5 กำกับ ติดตาม ประเมินผล ขั้นที่ 6 ถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ผลการศึกษา พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การรับรู้ และด้านการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น และเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85สรุปกระบวนการ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในครั้งนี้มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและการบูรณาการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายที่ในพื้นที่อย่างใกล้ชิด และกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากคุณนงนวล พูลเกษร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ขอขอบคุณผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในตำบลปางมะค่า คณะครู ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์ รวมถึงทีมงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามเฒ่าบุรีที่ช่วยในการเก็บข้อมูลภาคสนาม คุณค่าและประโยชน์จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชา บุษการี บุรพาจารย์ และผู้มีอุปการคุณทุกท่าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพควรขยายการคัดกรองเด็กให้ครอบคลุมทุกช่วงอายุที่กำหนดและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่พบพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กที่มีปัญหาจะได้รับการดูแลและรักษาอย่างทันเวลา รวมถึงมีระบบการติดตามผลหลังการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กที่พบปัญหาชัดเจน

1.2 นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพควรจัดอบรมและสร้างความรู้ให้ผู้ปกครองเข้าใจถึงความสำคัญของพัฒนาการเด็ก เพื่อให้พวกเขาเข้ามามีส่วนร่วมในการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กมากขึ้น เน้นให้ผู้ปกครองตระหนักถึงผลกระทบของการละเลยในการติดตามพัฒนาการของลูก รวมถึงการให้คำแนะนำในการลดเวลาใช้โทรศัพท์ของเด็ก

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาและวิจัยการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลพัฒนาการเด็กและการติดตามผลในพื้นที่ที่ห่างไกลหรือการสื่อสารที่มีข้อจำกัด ควรวิจัยถึงความเป็นไปได้ในการใช้เทคโนโลยีในการเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรองและติดตามพัฒนาการ

2.2 ควรทำการติดตามผลการส่งเสริมพัฒนาการในระยะยาว เพื่อดูว่าเด็กที่ผ่านการคัดกรองและการกระตุ้นพัฒนาการสามารถเติบโตอย่างสมวัยได้มากน้อยเพียงใด โดยการติดตามควรใช้เวลานานกว่า 1-2 ปี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถใช้ในการวางแผนการทำงานในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. (2567). *สรุปข้อมูลอปท. ทั่วประเทศ*. เข้าถึงได้จาก <https://www.dla.go.th/work/abt/>

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สรุปผลการขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564*.

นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงศึกษาธิการ. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). *การพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศไทย*.

เทศบาลเมืองปางมะค่า. (2567). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2566*. เข้าถึงได้จาก

<https://www.pangmaka.go.th/project-rev2?hd=29>

ปาณิสรา ยานินพันธ์. (2564). *การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโขง อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์]*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

รายงานการสังเคราะห์ตัวชี้วัดด้านการศึกษาไทย ตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. (2560). *การส่งเสริมพัฒนาการที่สมวัยและความสำคัญในการพัฒนาเด็กปฐมวัย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ.

วิจิตร จันดาบุตร, วิทยา อยู่สุข และวิโรจน์ เขมรัมย์. (2561). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสีวิเชียร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยทางการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 13(1), 208-219.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถานการณ์เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0 – 5 ปีของประเทศไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *วิถีกรมอนามัยกับการถอยไปข้างหน้า ปี 2559 ตอนที่ 2 ยุทธศาสตร์ 3L: LEAD LEAN LEARN*. นนทบุรี.

Kemmis and McTaggart. (1988). *The action research planner (3rd ed.)*. Geelong: Deakin University.

Health Data Center. (23 มีนาคม 2567). รายงานข้อมูลการพัฒนาเด็กปฐมวัย. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th>



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลห้วยสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

บุญยงค์ บุคำ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ประชากรคือ เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลห้วยสูงและอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลห้วยสูง ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 จำนวน 328 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 194 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.911 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ (P-value=0.001), การรับรู้อุปสรรค (P-value<0.001), สิ่งชักนำให้เกิดการป้องกัน (P-value<0.001) ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (P-value=0.018) ตามลำดับ

คำสำคัญ: เกษตรกร, การรับรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันอันตราย, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสูง, E-mail: teshow_model@hotmail.co.th

Factors related to behavior to prevent harm from the use of chemical pesticides among sugarcane farmers in Khoi Sung Subdistrict, Tron District, Uttaradit Province.

Boonyong BuKham¹

Abstract

This Descriptive research aimed to study the factors associated with pesticide hazard prevention behavior of sugarcane farmers. The population in this study consisted of 328 sugarcane farmers in Khoi Sung Subdistrict and living in Khoi Sung Subdistrict in fiscal year 2024. The calculated sample size was 194 patients using the Daniel formula and a systematic random sampling method was used to collect data. The data collected by structured interview consisted of 3 parts: characteristics, health perception, and pesticide hazard prevention behavior. In addition to the questionnaire standardization, the validity was checked by 3 experts and the reliability was tested with Cronbach's alpha coefficient of approximately 0.911. The data were analyzed using statistics, including Pearson's product moment correlation coefficient. The results of the research found that the factors related to pesticide hazard prevention behavior included: perceived benefits (P-value=0.001), perceived barriers (P-value<0.001), motivators for prevention (P-value<0.001), and the duration of pesticide use. (P-value=0.018), respectively.

Keywords: Farmers, health awareness, pesticides

¹ Public health technical officer, Professional Level. Khoi Sung Health Promoting Hospital. E-mail: teshow_model@hotmail.co.th

บทนำ

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมในประเทศไทย คือ อันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เนื่องจากเกษตรกรส่วนใหญ่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลายเพื่อเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร และเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง (วรรณา วรรณศรี และคณะ, 2564) การใช้สารกำจัดศัตรูพืชทำให้เกิดผล กระทบต่อเกษตรกรผู้ใช้ ผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม การฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนในดิน น้ำ ทั้งแหล่งน้ำผิวดินและใต้ดิน และสารยังสามารถฟุ้งกระจายไปในบรรยากาศ ซึ่งเกษตรกร ประชาชนทั่วไป ผู้บริโภค และ สิ่งมีชีวิตในสิ่งแวดล้อม อาจได้รับสารกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายได้ ผลการวิจัยล่าสุดพบว่าสาร กำจัดศัตรูพืชอาจทำให้เกิดโรคและปัญหาสุขภาพหลายอย่าง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วนลงพุง โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคภูมิแพ้โพรงจมูก โรคผิวหนัง อาการทาง สุขภาพจิต ปัญหาการเจริญพันธุ์ ภาวะมีบุตรยาก เด็กมีพัฒนาการและเรียนรู้ช้า (ชัชวาลย์ จันทรวิจิตร และ คณะ, 2564) จากรายงานข้อมูลโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย 3 ปีย้อนหลัง พบว่า ปี 2565 พบผู้ป่วยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืช จำนวน 6,511 ราย อัตรา 14.26 /แสน ปชก. ปี พบผู้ป่วยจากสารพิษ กำจัดศัตรูพืช จำนวน 3,971 ราย อัตรา 8.72 /แสน ปชก.ปี 2567 พบผู้ป่วยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืช จำนวน 3,600 ราย อัตรา 7.92 /แสน ปชก. และจากรายงานการตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัด ศัตรูพืช ในประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป 3 ปีย้อนหลัง พบว่า ปี 2565 ผลการคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมี กำจัดศัตรูพืชระดับเสียงขึ้น ไป พบในอัตราร้อยละ 22.71 ปี 2566 ผลการคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชระดับเสียงขึ้นไป พบในอัตราร้อยละ 27.44 และปี 2567 ผลการคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชระดับเสียงขึ้นไป พบในอัตราร้อยละ 33.52 (กระทรวงสาธารณสุข,2567) จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นจังหวัดหนึ่งที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยคิดเป็นร้อยละ 53.6 ของประชากรทั้งหมด และผลการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพเกษตรกร เพื่อคัดกรองความเสี่ยงจาก สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 3 ปีย้อนหลัง ในปี 2565 ผลการคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับเสียง ขึ้นไป พบในอัตราร้อยละ 28.92 ปี 2566 ผลการคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับเสียงขึ้นไป พบในอัตราร้อยละ 36.43 และในปี 2567 ผลการคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับเสียงขึ้นไป พบในอัตราร้อยละ 46.91 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2567) โดยเฉพาะพื้นที่ตำบลข่อยสูง อำเภอเต รอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70 และปลูกพืชโดยใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช จากผลการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพเกษตรกร ผลการตรวจคัดกรองสุขภาพของเกษตรกรใน พื้นที่ตำบลข่อยสูง 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า ปี 2565 พบเกษตรกรที่ตรวจพบสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดระดับ เสียงขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 44.68 ปี 2566 พบเกษตรกรที่ตรวจพบสารเคมีตกค้างใน

กระแสเลือดระดับเสียงขึ้น ไป คิดเป็นร้อยละ 57.14 และในปี 2567 พบเกษตรกรที่ตรวจพบสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดระดับเสียงขึ้น ไปคิดเป็นร้อยละ 49.04 จากข้อมูลจะพบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีความเสียงด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสูง, 2567)

จากข้อมูลดังกล่าว 4 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลห้วยสูง เพื่อที่จะนำผล ของการศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทาง การเกษตรผู้ปลูกอ้อยและเกษตรกรกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลห้วยสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎี Becker & Maiman (1975) 3) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลห้วยสูงและอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลห้วยสูง ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 328 คน เป็นเกษตรกร ผู้ปลูกอ้อยที่มีพื้นที่ อยู่ตำบลห้วยสูง ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร สามารถอ่านออกเขียนได้และเป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง เกณฑ์การคัดออกคือ ย้ายออกนอกพื้นที่ในระหว่างดำเนินการวิจัย เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยต่อได้ หรือ เสียชีวิตในระหว่างดำเนินการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 194 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อเกษตรกรเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของเกษตรกร เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพปลูกอ้อย สถานภาพสมรส ลักษณะที่อยู่อาศัย รายได้ครอบครัวต่อปี จำนวนพื้นที่ปลูกอ้อย ระยะเวลาการใช้สารเคมีในการปลูกอ้อย และวิธีการฉีดพ่น

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค, การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตรวัด คือ ถูก ผิด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ประกอบด้วย พฤติกรรมก่อนการใช้สารเคมี พฤติกรรมระหว่างใช้สารเคมี และพฤติกรรมหลังการใช้สารเคมี ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค, การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค และแบบสอบถามส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร 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)

แบบสอบถามส่วนที่ 2 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom et al., 1956) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ 6 – 8 (ร้อยละ 80 - 100) ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ 3 – 5 (ร้อยละ 60 - 79) ระดับต่ำ ได้คะแนนตั้งแต่ 0 – 2 (ร้อยละ 0 - 59)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.911

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เอกสารรับรองเลขที่ UPHO REC No.038/2567

ผลการศึกษาวิจัย

เกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (61.30%) มากกว่าเพศหญิง (38.70%) เมื่อพิจารณาช่วงอายุส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-60 ปี (67.53%) รองลงมาคืออายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (18.04%) ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 52.63 ปี (S.D.=8.855) อายุสูงสุด 69 ปี และอายุต่ำสุด 30 ปี ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (47.40%) ส่วนใหญ่ปลูกอ้อยเป็นอาชีพหลัก (95.40%) มีสถานภาพสมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน (82.50%) ลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านไม้ยกสูง (27.80%) รายได้เฉลี่ย 228,984.53 บาท (S.D.=187,163.542) รายได้สูงสุด 960,000 บาท และรายได้ต่ำสุด 50,000 บาท พื้นที่ปลูกอ้อยเฉลี่ย 31.41 ไร่ (S.D.=23.998) พื้นที่ปลูกอ้อยมากที่สุด 100 ไร่ และพื้นที่น้อยที่สุด 5 ไร่ ส่วนใหญ่ใช้เครื่องพ่นแบบสะพายหลัง (88.10%) และส่วนใหญ่มีช่วงระยะเวลาการใช้สารเคมีเพื่อการปลูกอ้อย อยู่ระหว่าง 10 – 30 ปี (48.45%) รองลงมาคือ น้อยกว่า 10 ปี (32.99%) ระยะเวลาการใช้สารเคมีเฉลี่ย 20.30 ปี (S.D.=11.995) ระยะเวลาการใช้สารเคมีปลูกอ้อยมากที่สุด 50 ปี และมีระยะเวลาการใช้สารเคมีเพื่อการปลูกอ้อยน้อยที่สุด 1 ปี

ด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (92.30%) ($\bar{X}$ =4.11, S.D.=0.267) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการรับรู้ความเสี่ยง ($\bar{X}$ =4.21, S.D.=0.250) ด้านการรับรู้ความรุนแรง ($\bar{X}$ =4.06, S.D.=0.473) ด้านการรับรู้ประโยชน์ ($\bar{X}$ =4.36, S.D.=0.071) ด้านการรับรู้อุปสรรค ($\bar{X}$ =3.79, S.D.=0.503) ตามลำดับ ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (96.40%) ($\bar{X}$ =2.96, S.D.=0.186) (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยตำบลข่อยสูง
(n=194)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	179	92.30	15	7.70	-	-	4.11	0.267
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	181	93.30	13	6.70	-	-	4.21	0.250
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	129	66.50	65	33.50	-	-	4.06	0.473
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	193	99.50	1	0.50	-	-	4.36	0.071
4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	145	74.70	44	22.70	5	2.60	3.79	0.503
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	187	96.40	7	3.60	-	-	2.96	0.186

ด้านพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (91.20%) ($\bar{X}$ =4.16, S.D.=0.283) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันของเกษตรกร จำแนกรายด้านพบว่ามีความรู้ในระดับสูง ได้แก่ พฤติกรรมหลังใช้สารเคมี ($\bar{X}$ =4.42, S.D.=0.259) พฤติกรรมก่อนใช้สารเคมี ($\bar{X}$ =4.09, S.D.=0.405) พฤติกรรมระหว่างใช้สารเคมี ($\bar{X}$ =3.91, S.D.=0.475)) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูก
อ้อยตำบลข่อยสูง (n=194)

พฤติกรรมการป้องกัน	ระดับพฤติกรรม						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
1. ก่อนใช้สารเคมี	154	79.40	40	20.60	-	-	4.09	0.405
2. ระหว่างใช้สารเคมี	128	66.00	66	34.00	-	-	3.91	0.475
3. หลังใช้สารเคมี	180	92.80	14	7.20	-	-	4.42	0.259
ภาพรวมพฤติกรรม	177	91.20	17	8.80	-	-	4.16	0.283

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยตำบลข่อยสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระยะเวลาการใช้สารเคมี ($r=0.170$, $P\text{-value}=0.018$) การรับรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.252$, $P\text{-value}<0.001$) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($r=0.429$, $P\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยตำบลข่อยสูง

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกร		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- ระยะเวลาการใช้สารเคมี	0.170	0.018*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ด้านสุขภาพ			
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	-0.010	0.888	ไม่พบความสัมพันธ์
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.089	0.217	ไม่พบความสัมพันธ์
- ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	0.232	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	0.373	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	0.429	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ศัตรูพืชอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา เทียมศร (2565) ที่พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี เป็นปัจจัยสามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีของเกษตรกรผู้ปลูกแตงโม อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยต่ำบลด้อยสูง มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (99.50%) โดยเกษตรกรมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันที่ถูกต้องในประเด็นต่างๆ ได้แก่ เกษตรกรทราบว่าควรนำเด็กและสัตว์เลี้ยงออกจากบริเวณที่มีการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันทีเพื่อลดการสัมผัส และเกษตรกรผู้ที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ควรตรวจเลือดหาสารเคมีตกค้างในร่างกายทุกปี ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันที่เกษตรกรยังมีประเด็นการรับรู้ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ หากมีอาการผิดปกติขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกษตรกรไม่ควรหาซื้อยามารับประทานเอง และการรับประทานอาหารระหว่างการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ ตามลำดับ

การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรต่ำบลด้อยสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.373$, $P\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า เกษตรกรเมื่อมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับสูงแล้ว จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับสูงด้วยเช่นกัน โดยที่เกษตรกรเมื่อรับรู้ถึงข้อจำกัดในตนเอง หรือรับรู้ถึงความยุ่งยากในการปฏิบัติ จึงพยายามหลีกเลี่ยงข้อจำกัด และมองข้ามอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมนั้น ส่งผลให้เกษตรกรมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพิ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา เทียมศร (2565) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีของเกษตรกรผู้ปลูกแตงโม อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.05$) จากผลการศึกษาพบว่าเกษตรกรผู้ปลูกแตงโมมีคะแนนในด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=13.05$, $SD=2.35$) จากผลการวิจัยพบว่า เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยต่ำบลด้อยสูงมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันอยู่ในระดับสูง (74.70%) โดยเกษตรกรรับรู้การปฏิบัติที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ถึงแม้ชุดอุปกรณ์ป้องกันมีจำนวนหลายชิ้นแต่เกษตรกรยังสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันครบทุกชิ้น และ การผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามอัตราส่วนที่ระบุไว้ในฉลาก เกษตรกรสามารถอ่านและทำความเข้าใจและปฏิบัติตามได้ไม่ยาก สำหรับการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันที่เกษตรกรยังรับรู้ได้ไม่ดีในประเด็นต่างๆ ได้แก่ เกษตรกรรู้สึกว่าการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจาก

สารเคมี ระหว่างการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทำให้ไออัดหรือรู้สึกไม่สะดวกสบาย และการงดสูบบุหรี่ในขณะที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ยาก

สิ่งชักนำให้เกิดการป้องกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.429$, $P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า สิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นภายในบุคคลและภายนอกบุคคล ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การไม่อยากเจ็บป่วยและได้รับผลกระทบทางสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Ronsenstock (1974) พบว่า การที่บุคคลสนใจสื่อมวลชน รับคำแนะนำ จากบุคคลใกล้ชิดหรือเจ้าหน้าที่ และรวมถึงอาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการป้องกันโรคที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อแก่เขา จากผลการวิจัยพบว่า เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยมีระดับสิ่งชักนำเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (96.40%) โดยสิ่งชักนำและจูงใจให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง ประกอบด้วย การที่เกษตรกรได้รับข่าวสารหรือข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จึงมีการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และ การที่เกษตรกรไม่อยากเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เนื้องอก มะเร็ง และผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองจึงมีการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สำหรับสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ยังถูกต้องไม่เหมาะสม ได้แก่ อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่ใช้ในการฉีดพ่นสารเคมีฯ เช่น เสื้อผ้าแขนยาว หน้ากากอนามัย ถุงมือ รองเท้าบูท ทำให้ไม่สะดวกในการใช้ขณะสัมผัสสารเคมีและยังรู้สึกอัดอัด จึงทำให้ไม่ป้องกัน และเกษตรกรรับทราบผลการตรวจสอบพิษในกระแสเลือดของตนเอง จึงมีการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.170$, $P\text{-value}=0.018$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า เกษตรกรที่มีระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาเป็นระยะเวลานาน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นเพราะเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมา ยาวนาน ถือเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เนื่องจากเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อปลูกอ้อยมาเป็นระยะเวลา ระหว่าง 10–30 ปี (48.45%) ทำให้เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมา ยาวนาน จะสามารถสืบค้นความรู้และได้รับความรู้ประสบการณ์ในการปฏิบัติที่ถูกต้อง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สามารถจัดหาอุปกรณ์การป้องกันตนเองได้ครบถ้วน และเกิดความคุ้นเคยในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ วรชีนา (2566) ที่พบว่า

ประสบการณ์การทำนาข้าว พื้นที่ในการทำนาข้าวของเกษตรกร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติา ช้องแก้ว (2565) ที่พบว่า ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด โดยเกษตรกรส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระหว่าง 1 – 10 ปี เมื่อใช้นานขึ้น อาจเกิดความเคยชิน ทำให้ไม่มีการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ด้านสุขภาพ พบว่า เกษตรกรยังมีความรู้ถึงความเสี่ยงของโรคและพิษภัยของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชน้อยที่สุด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้เกษตรกรตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงของโรคและภัยของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ว่าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ใช้สื่อสะท้อนความเสี่ยงของโรค ยกตัวอย่างบุคคลต้นแบบและบุคคลที่ได้รับผลกระทบ เป็นต้น

2) ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกัน พบว่า พฤติกรรมระหว่างใช้สารเคมีอยู่ในระดับต่ำที่สุด ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมการให้ความรู้ การจัดกิจกรรมการสาธิตการใช้อุปกรณ์ การใส่ชุดป้องกันตนเองที่ถูกต้อง เน้นการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการป้องกัน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC-Dashboard).

<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.

กนกวรรณ วรชีนา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัด

ศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปี จังหวัดนครพนม. *วิทยานิพนธ์ ส.ม.สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*.

กัลยา เทียมสร. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ของเกษตรกรผู้ ปลูกแตงโม อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร *วิทยานิพนธ์ ส.ม.สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*.

ชัชวาล จันทวิจิตร และ คณะ. (2564). *คู่มือการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย*. บริษัท สยามพิมพ์นาวา จำกัด.

- บัวทิพย์ แดงเชื่อน และ คณะ. (2560) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จังหวัดชัยนาท. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(4), 107-122.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสูง. (2567). รายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2567. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสูง จังหวัดอุดรธานี.
- สุชาติ ข้องแก้ว. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพด อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี. *วิทยานิพนธ์ ส.ม.สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2567). คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC-Dashboard). https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=f16421e617aed29602f9f09d951cce68
- วรรณ วรรณศรี, นันทิพย์ อยู่เย็น และ ยุพมาศ สุกใส. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในพื้นที่บ้านปลื้มพัฒนา ตำบลโคกมะม่วง อำเภอบะนัง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา*, 8, 128-141.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior* Thorofare. NJ: Charles B. Slack.
- 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.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี

นิรุจน์ แก้วศรี¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานอยู่จริงไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ 2567 จำนวน 130 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 108 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ ($P\text{-value}=0.020$) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ($P\text{-value}=0.042$) และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ($P\text{-value}=0.025$) ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัว ($P\text{-value}=0.029$) ตามลำดับ

คำสำคัญ : การป้องกันและควบคุมโรค, ไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง อำเภอรัตน จังหวัดอุดรธานี Email : ron_201@hotmail.com

Factors related to Prevention and control of dengue hemorrhagic fever among village health volunteers in Wangdang Subdistrict, Uttaradit Province.

Niruth Kawkree¹

Abstract

This Descriptive research study aimed to study the factors associated with the prevention and controlling dengue hemorrhagic fever among Village health volunteers in the Wangdang Sub-District Health Promoting Hospital, Tron District, Uttaradit Province. Population was 130 Village health volunteers who have been working at least 6 months in the Wangdang Sub-District Health Promoting Hospital District, Tron District, Uttaradit Province, in fiscal year 2024. Sample size calculated by Daniel formula about 108 cases and systematic random sampling were determining. Data collected by questionnaire composed of 4 parts; including, characteristic, health perception, social support and prevention and controlling dengue hemorrhagic fever. 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. Analyze the data with Pearson's correlation coefficient statistics. The results of the association analysis showed that the factors related to the prevention and control of dengue fever of Village health volunteers with statistic significantly including, health perception (P-value=0.020) in term of perceived of risk (P-value=0.042), and social support (P-value=0.025) in term of community and family support (P-value=0.029), respectively.

Keywords: Prevention and control, Dengue hemorrhagic fever, Village health volunteers

¹ Public health technical officer, Professional Level. Wangdang Health Promoting Hospital Tron District, Uttaradit Province.

Email : tron_201@hotmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ (Emerging Disease) ซึ่งพบเมื่อประมาณ 60 ปีที่ผ่านมา เป็นโรคติดต่อที่มีอยู่กลายเป็นพาหะนาโรค ถือได้ว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งมักแพร่ระบาดในช่วงฤดูฝน จากเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน สิงหาคมของทุกปี แต่ปัจจุบันกับพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกตลอดทั้งปี โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีความรุนแรงทำให้เด็กป่วยและมีการเสียชีวิตปีละหลายราย ในปัจจุบันพบว่า มีการระบาดอยู่ทั่วไปทั่วทุกภาคของประเทศไทย โรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เกิดกับเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียน โดยพบว่ามีอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 10-14 ปี ในปัจจุบันพบว่าการระบาดกับทุกกลุ่มอายุ ยุ่งลายมักอาศัยอยู่ตามบ้านเรือนบริเวณที่เป็นมุมอับ มืด แสงแดดส่องไม่ถึง และบริเวณที่มีน้ำขัง ชอบวางไข่ในภาชนะที่น้ำนิ่งและสะอาด เช่น ถังน้ำ โอ่งน้ำ และภาชนะที่มีน้ำขังอื่นๆ ยุ่งลายส่วนใหญ่มักออกหากินในเวลากลางวัน โดยยุ่งลายที่มีเชื้อโรคไข้เลือดออกเมื่อกัดเด็กจะทำให้เด็กป่วยในเวลาต่อมา มีรายงานการระบาดของโรคตั้งแต่ปี พ.ศ.2492 และพบมีการระบาดครั้งใหญ่ที่ประเทศฟิลิปปินส์ในปี พ.ศ.2497 และในปัจจุบันยังพบว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศในแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะประเทศไทย อินโดนีเซีย และพม่า เนื่องจากยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มสูงขึ้นเป็นระยะทุก 3-5 ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากการรายงานทางระบาดวิทยา พบว่าสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยปี พ.ศ.2566 มีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้มีผู้ป่วยสูงต่อเนื่องตั้งแต่เดือน มกราคม ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมรวม 519,408 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 800.17 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิต 64 ราย อัตราเสียชีวิตร้อยละ 0.91 ในส่วนของสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในจังหวัดอุดรธานี ข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยแล้ว 2,775 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 627.31 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้เสียชีวิต ในส่วนพื้นที่ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ.2563-2566 ดังนี้ ปีพ.ศ.2566 พบผู้ป่วย 23 คน อัตรา 472.76 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้เสียชีวิต ปีพ.ศ.2565 พบผู้ป่วย 3 คน อัตรา 22.22 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้เสียชีวิต ปีพ.ศ.2564 ไม่พบผู้ป่วย และปี พ.ศ.2563 พบผู้ป่วย 7 คน อัตรา 145.49 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้เสียชีวิต (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2567) , (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง, 2566) ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี เป็นตำบลที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ติดต่อกันมาหลายปี และเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงในการระบาดของโรค ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง และองค์การบริหารส่วนตำบลวังแดง ได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่รับผิดชอบโดยได้เน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชนร่วมกับประชาชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยประสานการดำเนินงานแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการดำเนินงานในพื้นที่พบว่างานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นงานที่ค่อนข้างจะมีความยุ่งยากซับซ้อนพอสมควร การดำเนินการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่พบปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินกิจกรรมมากมาย ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลหลายประการด้วยกัน ประการแรก คือ การกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือนของประชาชนยังไม่ได้ถูกปลูกฝังให้มีความเข้มแข็งพอที่จะแสดงออกมาเป็นการปฏิบัติได้ตามปกติ ประชาชนมักมองว่าลูกน้ำเป็นเรื่องธรรมชาติจะมีการกำจัดก็ต่อเมื่อถึงฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออกเท่านั้น ประการที่สอง คือ พื้นฐานของการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านเรือนและชุมชน ยังไม่สะอาดพอ จึงก่อให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างมากมาย ประการที่สาม คือการมีส่วนร่วม แบบพหุภาคีภาคประชาสังคมต่อการกำจัดลูกน้ำยุงลายยังไม่เข้มแข็งพอ เนื่องจากผลักดันเป็นภาระของภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว ประการที่สี่ คือ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญต่อการกำจัดลูกน้ำยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ยังไม่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้ลูกน้ำหมดไปจากบ้านเรือนได้ ประการสุดท้าย คือ ยังไม่สามารถใช้มาตรการทางกฎหมายเข้ามาควบคุมการกำจัดลูกน้ำของประชาชนได้ มีเพียงการใช้เวทีประชาคมหมู่บ้านในบางพื้นที่ที่มีการระบาด เป็นบางครั้งแต่ไม่ต่อเนื่องยั่งยืน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งรัดให้มีกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้มีความเข้มแข็งมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดปัญหาความรุนแรงของโรคให้ได้ผล สร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นในชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (งานสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข ,2567) โดยเป็นผู้ที่มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ประสานกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนระหว่างเจ้าหน้าที่ของภาครัฐกับประชาชน ดังนั้น การควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรและบุคลากรในชุมชนช่วยกันสำรวจ ตรวจสอบ และกำจัดลูกน้ำด้วยตนเอง โดยมีหน่วยงานของรัฐเป็นผู้สนับสนุนชุมชนในด้านต่างๆ เพื่อสู่จุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ การมีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และชุมชนมีความเข้มแข็งต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากความสำคัญของปัญหาและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี เพื่อข้อมูลมาพัฒนารูปแบบในการเพิ่มศักยภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้คนในชุมชนมีความเข้มแข็ง มีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี มีความมั่งคั่ง และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Rosenstock (1974) 3) แรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดของ House ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริงไม่น้อยกว่า 6 เดือน และปัจจุบันได้รับค่าป่วยการ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ 2567 จำนวน 130 คน เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 108 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอสม. และการเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 24 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย จากบุคลากรสาธารณสุข จากชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. จากสมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค

ใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ทางกายภาพ ทางชีวภาพ ทางเคมีภาพ จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 ใช้เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับอันตรายภาคขั้นที่ต้องการตามแนวคิดของ เบสท์ (Best John W, 1977) ได้แก่ ระดับสูงสุด (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 0.85

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) และค่า P-value ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ เอกสารรับรองเลขที่ UPHO REC No. 045/2567 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ.2567

ผลการศึกษาวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (92.60%) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-60 ปี (66.70%) ($\bar{X}$ =52.70 ,S.D.=9.10 ,Min=31 ,Max=76) สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (65.70%) ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. (43.50%) อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (55.60%) รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,000-12,000 บาท (55.60%) ($\bar{X}$ =8,412.04 ,S.D.=

6,429.64 ,Min=1,000 ,Max=30,000) ระยะเวลาการเป็นอสม. ส่วนใหญ่เป็นอสม.อยู่ระหว่าง 5-20 ปี (58.30%) ($\bar{X}$ =11.16 ,S.D.=8.87 ,Min=1 ,Max=37) การเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรม (92.60%)

การรับรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (99.10%) ($\bar{X}$ =4.17, S.D.=0.27) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($\bar{X}$ =4.25, S.D.=0.43) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ($\bar{X}$ =4.15, S.D.=0.36) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ($\bar{X}$ =4.15, S.D.=0.45) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($\bar{X}$ =4.12, S.D.=0.28) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การรับรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี (n=108)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคไข้เลือดออก	101	93.50	7	6.50	-	-	4.15	0.36
การรับรู้ความรุนแรงของ โรคไข้เลือดออก	99	91.70	9	8.30	-	-	4.15	0.45
การรับรู้ประโยชน์ของ การป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก	103	95.40	5	4.60	-	-	4.25	0.43
การรับรู้อุปสรรคของ การป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก	105	97.20	3	2.80	-	-	4.12	0.28
รวม								
การรับรู้ด้านสุขภาพ	107	99.10	1	9.30	-	-	4.17	0.27

แรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (83.30%) ($\bar{X}$ =4.06, S.D.=0.41) เมื่อพิจารณาแรงสนับสนุนจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านจากชุมชน ครอบครัว ($\bar{X}$ =4.06, S.D.=0.45) ด้านจากบุคลากรสาธารณสุข ($\bar{X}$ =4.05, S.D.=0.47) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี (n=108)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
จากบุคลากรสาธารณสุข	83	76.90	25	23.10	-	-	4.05	0.47
จากชุมชน/ครอบครัว	85	78.70	23	21.30	-	-	4.06	0.45
รวม	90	83.30	18	16.70	-	-	4.06	0.41
แรงสนับสนุนทางสังคม								

พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (84.30%) ($\bar{X}$ =4.06, S.D.=0.50) เมื่อพิจารณาพฤติกรรม จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านกายภาพ ($\bar{X}$ =4.15, S.D.=0.50) ด้านชีวภาพ ($\bar{X}$ =4.01, S.D.=0.74) ด้านเคมี ($\bar{X}$ =3.98, S.D.=0.71) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขต
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี (n=108)

การป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านกายภาพ	92	85.20	16	14.80	-	-	4.15	0.50
ด้านชีวภาพ	83	76.90	23	21.30	2	1.90	4.01	0.74
ด้านเคมี	77	71.30	26	24.10	5	4.60	3.98	0.71
การป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก	91	84.30	17	15.70	-	-	4.06	0.50

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ (การรับรู้ด้านสุขภาพ) ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.224$, $P\text{-value}=0.020$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.216$, $P\text{-value}=0.025$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ($r=-0.196$, $P\text{-value}=0.042$) และแรงสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัว ($r=0.210$, $P\text{-value}=0.029$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ไม่พบความสัมพันธ์ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ($r=-0.054$, $P\text{-value}=0.581$) ,การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($r=-0.095$, $P\text{-value}=0.327$) ,การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($r=-0.073$, $P\text{-value}=0.452$) แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($r=-0.124$, $P\text{-value}=0.199$) (ตามตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัย	พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.224	0.020	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.196	0.042	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรง	0.054	0.581	ไม่พบความสัมพันธ์
- การรับรู้ประโยชน์	-0.095	0.327	ไม่พบความสัมพันธ์
- การรับรู้อุปสรรค	-0.073	0.452	ไม่พบความสัมพันธ์
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.216	0.025	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- จากจนท.สาธารณสุข	0.124	0.199	ไม่พบความสัมพันธ์
- จากชุมชน ครอบครัว	0.210	0.029	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.224$, $P\text{-value}=0.020$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (99.10%) ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception Theory) ของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะมีพฤติกรรม การป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงจากโรค การค้นหาโรค หรือการควบคุมโรคในทางที่ดีและถูกต้อง ถ้าบุคคลนั้นมีความเอาใจใส่ต่อตนเอง ในการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่คุกคามนั้น ๆ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญประจักษ์ จันทรวิน (2565) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก ในระดับปานกลาง ($r=0.462$, $P\text{-value}<0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูวดล ยั่งยืน (2564) พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลทุ่งมนและตำบลสมุด อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.002$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอเธน วรพงศ์ไชย (2563) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง พบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะ (r= 0.296), การรับรู้ (r= 0.436) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.196, $P\text{-value}$ = 0.042) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกิดจากความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อของ Becker et al. (1975) มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอเธน วรพงศ์ไชย (2563) พบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะ (r = 0.296), การรับรู้ (r = 0.436) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.216, $P\text{-value}$ = 0.025) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การที่ประชาชนได้รับความช่วยเหลือแนะนำทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัวเช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Quality of life) ของแคพเพลน (Caplan, 1976) ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ และพิลิสุก (Pilisuk, 1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทาง

อารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณะ พิมพ์ไทย (2566) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก คือ แรงจูงใจ ทักษะในการใช้ทรัพยากร การได้รับการอบรมหรือประชุม (บางครั้ง) การไม่เคยได้รับการอบรมหรือประชุม และแรงสนับสนุนทางสังคม

เมื่อพิจารณาแรงสนับสนุนรายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนจากจากชุมชนและครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.210$, $P\text{-value} = 0.029$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การที่บุคคลได้รับการกระตุ้นเตือน คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ให้การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์เกอร์ (Burgler อ้างใน Pilisuk, 1985) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของคอปป์ (Cobb, 1976) และแลงกลี (Langlie, 1977) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของเอเรน วรพงศ์ไชย (2563) พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่การได้รับคำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือบุคคลที่ใกล้ชิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($r = 0.552$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ด้านสุขภาพ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีระดับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกน้อยที่สุด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ว่าถ้าเป็นโรคนี้แล้ว เป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต เช่น ใช้สื่อที่กระแทกอารมณ์ ยกตัวอย่างบุคคล ดาราที่เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก เป็นต้น
- 2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ประชาชนในพื้นที่ได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นหน่วยงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรลงพื้นที่ ชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อ

ส่งเสริมให้คำแนะนำทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจโดยเฉพาะเมื่อเกิดโรคไข้เลือดออกกระบาดในชุมชน

3) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านเคมีพบว่าต่ำที่สุด ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมการให้ความรู้ การจัดกิจกรรมการเข้าถึงและการใช้สารเคมีในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และการฆ่าตัวแก่ เช่น การใส่ทรายอะเบท เกลือแกง ผงซักฟอก น้ำส้มสายชู สเปรย์ฆ่ายุง ใส่ทรายธรรมชาติ (ทรายที่ใช้ก่อสร้าง) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางและคู่มือปฏิบัติงานโรคไข้เลือดออกสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อที่นำโดยแมลง.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์โรคติดต่อที่นำโดยแมลง สืบค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2567 จาก https://dvis3.ddc.moph.go.th/t/DDC_CENTER_DOE/views/DDS2/sheet33?%3Aembed=y.

กฤษณะ พิมพ์ไทย. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี.

งานสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานจำนวนหมู่บ้าน ชุมชน อสม.ที่มีสิทธิได้รับค่าป่วยการ สืบค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2567 จาก <https://www.thaiphc.net/new2020/content/1>

บุญประจักษ์ จันทรวิน. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช.

ภูวดล ยังยืน. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลทุ่งมนและตำบลสมุด อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง. (2566). รายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2566. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี กระทรวงสาธารณสุข. (2567). Health Data Center Uttaradit. สืบค้น 14 พฤษภาคม 2567. จาก <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.

เอเธน วรพงศ์ไชย. (2563). ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชนอำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี.



ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรี ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

นันทวัน แก้วรักถา¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 30 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 15 คน และกลุ่มที่โปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการคลอด แบบประเมินความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square Wilcoxon sign rank test และ Mann -Whitney U test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมีค่ามัธยฐานคะแนนความเครียดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ทั้งนี้ พยาบาลห้องคลอดควรนำโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด โดยเฉพาะการให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด และเทคนิคการเผชิญความเจ็บปวด

คำสำคัญ : การฝึกผ่อนคลาย , ความรู้, ภาวะเจ็บครรภ์คลอด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย E-mail : nantawan.tom07@gmail.com

Effectiveness of Relaxation Training Program and Education Provision for Women with parturition at Labor and Delivery Department, Si Satchanalai Hospital, Sukhothai Province.

Nantawan Keawraktha ¹

Abstract

A Quasi-Experimental Research on the Effectiveness of Relaxation Training and Education Program for Women with Labor Pain at Labor Room, Srisatchanalai Hospital, Sukhothai Province. This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of relaxation training and education program for women with labor pain at Labor Room, Srisatchanalai Hospital, Sukhothai Province. The sample consisted of 30 pregnant women with labor pain, divided into two groups: 15 women receiving routine care (control group) and 15 women receiving the relaxation training and education program (experimental group). The experimental tools included a muscle relaxation program combined with education. Data collection tools consisted of a childbirth knowledge test and a pregnancy stress assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The results showed that after receiving the relaxation training and education program, the experimental group had significantly higher median knowledge scores compared to both their pre-program scores and the control group's scores at the 0.001 level. Additionally, the experimental group demonstrated significantly lower median stress scores compared to both their pre-program scores and the control group's scores at the 0.001 level.

Therefore, labor room nurses should apply this relaxation training and education program in caring for pregnant women with labor pain, particularly focusing on providing individualized education about the labor process, labor pain, and pain-coping techniques.

Keyword : Relaxation Training Program, Education Provision, Women with parturition

¹ Professional Nurse (PROFESSIONAL Level), Nursing Department, Srisatchanalai Hospital E-mail : nantawan.tom07@gmail.com

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอด เป็นกลไกตามธรรมชาติของผู้คลอดซึ่งผู้คลอดทุกคนต้องเผชิญ หากหญิงตั้งครรภ์เลือกที่จะ คลอดเองทางช่องคลอด ทั้งนี้ระดับการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอดแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจ และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้แต่ละคนมีรูปแบบการเผชิญความเจ็บปวดหรือวิธีการที่ผู้คลอดตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน โดยปกติแล้วระยะเวลาในการเจ็บครรภ์คลอดนั้นครรภ์แรกจะเฉลี่ยอยู่ที่ 12 ชั่วโมง ในครรภ์หลังเฉลี่ย 6 ชั่วโมง (วิรวรรณ และคณะ, 2566) ซึ่งผู้คลอดต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดอยู่นานหลายชั่วโมง โดยหากผู้คลอดไม่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดนี้และไม่สามารถเผชิญความปวดได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ตามมาได้

การเจ็บครรภ์ เป็นอาการที่บ่งชี้ว่าผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด โดยในระยะนี้ผู้คลอดมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยเริ่มจากการหดตัวของมดลูกของกล้ามเนื้อมดลูก เพื่อทำให้เกิดการเปิดขยายของปากมดลูกตามมา การหดตัวของมดลูกเป็นการเพิ่มแรงดันภายในโพรงมดลูกเพื่อผลักดันให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำเข้าสู่อุ้งเชิงกราน การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกแต่ละครั้งจะทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปที่มดลูกลดลง จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจนชั่วคราว และเกิดอาการเจ็บครรภ์ตามมา นอกจากนั้นการยืดขยายของปากมดลูกและการหดตัวของมดลูกบริเวณส่วนล่างเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความปวด โดยการเปิดขยายของปากมดลูกจะส่งสัญญาณความปวด ไปยังเส้นใยประสาทบริเวณท้องน้อยเข้าสู่เส้นประสาทไขสันหลัง T10 – T12 และ L1 นอกจากนี้ความปวดที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งยังเกิดจากแรงดึงรั้งต่ออวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน ได้แก่ เอ็น รังไข่ ท่อนำไข่ กระเพาะปัสสาวะ และอวัยวะเพศ ซึ่งความปวดที่เกิดจากแรงดึงรั้งนี้สามารถส่งผ่านความปวดไปยังบริเวณหลังและหน้าขาของผู้คลอดได้ การเจ็บครรภ์คลอดและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการตอบสนองทางสรีรวิทยาในระยะคลอดร่วมกับความปวดสามารถส่งผลต่อผู้คลอดได้ เช่น การมีภาวะความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวมีผลต่อการคลอดล่าช้า ภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ และการเสียสมดุลของกรดด่างในร่างกาย อีกทั้งอาการเจ็บครรภ์คลอดยังสามารถส่งผลต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะเลือดของทารกเป็นกรด (Fetal metabolic acidosis) เกิดภาวะเครียดของทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นภาวะที่ทารกในครรภ์อาจได้รับอันตรายตามมา ดังนั้นการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญ รวมถึงพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้คลอดให้สามารถก้าวผ่านการเผชิญความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัย (ธัญญารัตน์ กุลณิจิตต์เมธ, 2560)

ปัจจุบันมีวิธีการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดอย่างแพร่หลาย เพื่อบรรเทาความปวดในระยะเจ็บครรภ์ เช่น การใช้ความร้อน การสัมผัสและการนวด การใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง การใช้

กระบวนการคิดรู้ และการแช่น้ำ (อัญญารัตน์ กุลณิจิตต์เมธ, 2560) นอกจากนี้การดูแลตนเองให้ผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดจึงมีความสำคัญที่อาจจะส่งผลต่อการหดตัวของมดลูก เมื่อความเครียดลดลงทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนผ่อนคลายรวมทั้งกล้ามเนื้อมดลูก การผ่อนคลายจะควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ฮอร์โมนคอร์ติซอล และอะดรีนาลีนลดลง ทำให้กล้ามเนื้อทั่วร่างกายผ่อนคลาย ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่โดยเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก เช่น การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อการฝึกการหายใจการทำสมาธิเบื้องต้น การใช้เทคนิคความเงียบการใช้จินตนาการ การทำงานศิลปะ การใช้เสียงเพลง และการใช้เทปเสียงคลายเครียดด้วยตัวเอง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565) อีกทั้งการให้ความรู้จะส่งเสริมการรับรู้ในทางบวก ลดการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ลดแรงกดดันที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (อัญชลี จิตราภิรมย์, จิรภา เสถียรพงศ์ประภา และ อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2561) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของเบญจวรรณ ละหุการ, ศศิกันต์ กาละ และสุรีย์พร กฤษเจริญ (2562) ที่ดำเนินการวิจัยถึงทดลองโดยศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความเครียดภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และในการศึกษาของ อัญชลี จิตราภิรมย์, จิรภา เสถียรพงศ์ประภา และ อารีวรรณ กลั่นกลิ่น (2561) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมฯ มีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอด โดยเน้นที่การให้ความรู้และความมั่นใจ เพื่อให้ผู้คลอดลดความกลัวและลดความไม่รู้เกี่ยวกับการคลอด เป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม

โรงพยาบาลศรีสัชชาลัย จังหวัดสุโขทัย พบว่า สถิติผู้ป่วยคลอดของในปี พ.ศ.2564-2566 มีจำนวน 100, 101 และ 107 ราย และมีผู้คลอดบางรายที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดที่ยังไม่สามารถจัดการความเจ็บปวดนี้ได้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำห้องคลอด จึงเล็งเห็นความสำคัญของการให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งการนำโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการให้ความรู้มาให้บริการในหญิงตั้งครรภ์ จะช่วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดสามารถเผชิญกับการคลอดได้ และมีพฤติกรรมในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดสามารถผ่านพ้นระยะคลอดได้อย่างปลอดภัยและมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยศึกษาระหว่างสองกลุ่มและวัดผลก่อนหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

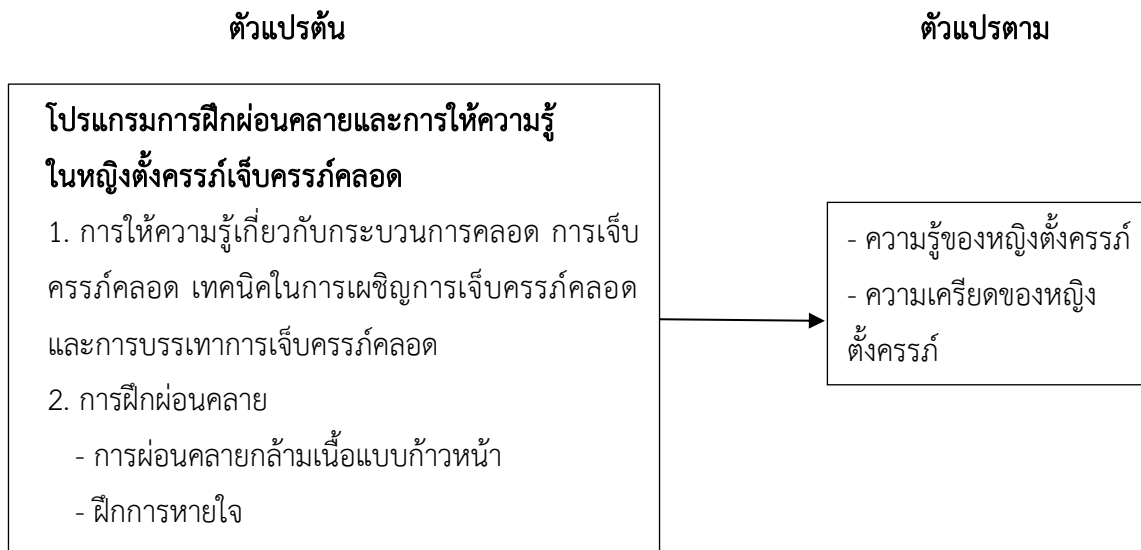
กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มละ 15 ราย

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึง มกราคม พ.ศ. 2568

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เดือน กันยายน พ.ศ. 2567 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research)

ประชากร

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 - ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 30 ราย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 - ธันวาคม พ.ศ. 2567 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 15 ราย รวม 30 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลการพยาบาลตามปกติ จำนวน 15 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้คลอดที่มีอายุ 20 - 35 ปี และมารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 - ธันวาคม พ.ศ. 2567
2. มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป

3. ผู้คลอดที่ไม่ได้รับการชักนำการคลอดและปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และระยะคลอด เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ความโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์
5. ไม่เคยได้รับการเตรียมคลอดในระยะตั้งครรภ์
6. สามารถสื่อสารภาษาไทย โดยการพูด การอ่านการเขียนได้ และไม่มีปัญหาในการได้ยิน
7. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการทดลอง ซึ่งไม่สามารถขยับยั้งการหดตัวของมดลูกได้ จนต้องยุติการตั้งครรภ์ เช่น ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะคับขัน (fetal distress)
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการให้ความรู้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การให้ความรู้

- แผนการให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด เทคนิคในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อขจัดความกลัวจากความไม่รู้ และความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง

1.2 การฝึกการผ่อนคลาย

- การฝึกปฏิบัติผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดการเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เริ่มคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ใบหน้า รอบดวงตา ขากรรไกร คอ ไหล่ แขน หน้าอกและกระบังลม ท้อง สะโพก ก้น เข่า กราม ขา และเท้า โดยแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ 1) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการเกร็งกล้ามเนื้อ (active progressive relaxation) คือ การผ่อนคลายโดยการให้กลุ่มตัวอย่างค่อยๆเกร็งกล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายให้สูงสุดหรือเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วจึงค่อยคลายออก เพื่อให้รับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างการตึงเครียดและการผ่อนคลาย โดยการเกร็งของกล้ามเนื้อจะคงการเกร็งค้างไว้ประมาณ 5-7 วินาที ขณะที่ร่างกายเกร็งกล้ามเนื้อนั้นให้สังเกตว่ากล้ามเนื้อส่วนใดที่ตึงเครียดตาม

ไปบ้าง หลังจากนั้นจึงผ่อนคลายกล้ามเนื้อลงอย่างช้าๆประมาณ 20-30 วินาที ตามลำดับ จนร่างกายรู้สึกถึงภาวะผ่อนคลายและสุขสบาย และ 2) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่เกร็งกล้ามเนื้อ (passive progressive relaxation) คือ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและจิตใจ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างพยายามใช้ความคิดและจิตสัมผัสให้อยู่ที่กล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายโดยไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อให้เครียดที่สุด แต่ใช้การรับรู้ว่าอวัยวะส่วนนั้นๆ อยู่ในสภาพผ่อนคลาย การผ่อนคลายในรูปแบบนี้ใช้แนวคิดที่ว่า เมื่อร่างกายเกิดความเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ก็จะมีการหดเกร็งการเพิ่มการเกร็งของกล้ามเนื้อจะเพิ่มความเครียด (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)

- ผู้วิจัยสอนฝึกปฏิบัติการหายใจโดยผู้คลอดสามารถปฏิบัติได้เอง โดยการหายใจแบบล้างปอด (Cleansing breath) โดยเริ่มจากการหายใจเข้า-ออกลึกๆ ทางจมูกและหายใจออกทางปากช้าๆ 1 ครั้ง หลังจากนั้นหายใจแบบลึกๆ ช้าๆ (Slow-deep chest breathing) โดยหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ (พร้อมกับนับในใจ 1-4) แล้วผ่อนการหายใจออกทางปากช้าๆ (พร้อมกับนับในใจ 1-5) โดยทำในอัตราเฉลี่ย 6-9 ครั้งต่อนาที ซึ่งทำในขณะที่ติดลูกหวีดตัว การใช้เทคนิคการหายใจเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจอย่างหนึ่งโดยให้ผู้คลอดมีสมาธิในการควบคุมการหายใจซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ความปวดลดลง (ดาริกา รวรงค์, 2554)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพ ลักษณะของครอบครัว และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคลอด การเจ็บครรภ์คลอดและการดูแลตนเอง มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก ” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง สำหรับเกณฑ์การแบ่งคะแนนใช้หลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

มีความรู้อยู่ในระดับมาก	ได้คะแนน ระหว่าง 16-20 คะแนน
มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง	ได้คะแนน ระหว่าง 12-15 คะแนน
มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ	ได้คะแนน ระหว่าง 0-11 คะแนน

2.3. แบบประเมินความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2560) โดยลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อคำถาม แบบเรียงอันดับ ลักษณะคำตอบมี 4 ระดับ มีคะแนนรวม 60 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยเลย	ได้คะแนน 0
เป็นครั้งคราว	ได้คะแนน 1

เป็นบ่อยๆ ได้คะแนน 2

เป็นประจำ ได้คะแนน 3

ให้ความหมายแต่ละช่วงคะแนนตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2560)

0-5 คะแนน เครียดน้อยกว่าปกติ

6-17 คะแนน เครียดระดับปกติ

18-25 คะแนน เครียดสูงกว่าระดับปกติเล็กน้อย

26-29 คะแนน เครียดสูงกว่าระดับปกติปานกลาง

30-60 คะแนน เครียดสูงกว่าระดับปกติมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในส่วนที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยเสนอเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้โปรแกรมกับหญิงตั้งครรภ์ 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับห้องคลอด 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ รวมถึงการใช้ภาษาที่เหมาะสม สามารถเข้าใจง่าย ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า 0.80

เครื่องมือในส่วนที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเสนอเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้โปรแกรมกับหญิงตั้งครรภ์ 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับห้องคลอด 1 ท่าน นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ จากนั้นนำความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ และแบบประเมินความเครียดของหญิงตั้งครรภ์มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.80

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยง โดยนำวัดความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ในโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย จากนั้นนำมาหาความเที่ยง

ของเครื่องมือ โดยกำหนดให้ความเที่ยงของแบบวัดความรู้ ได้ค่า KR 20 คือ 0.84 แบบประเมินความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ ได้ค่า Cronbach' Alpha 0.70

ขั้นตอนการ

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย เพื่อการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย และใช้เครื่องมือวิจัยในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลศรีสขนาลัย จังหวัดสุโขทัย
3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย ขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติงานงานห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสขนาลัย จังหวัดสุโขทัยและประชุมชี้แจงโครงการวิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การให้โปรแกรมฯ และการเก็บข้อมูลวิจัย
4. ผู้วิจัยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ แนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การให้โปรแกรมฯ การเก็บข้อมูลวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ โดยบอกให้ทราบถึงสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อบริการรักษาพยาบาลที่ได้ตามสิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. ดำเนินการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

- 1) ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเจ็บครรภ์คลอด และทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง ก่อนการให้การพยาบาล
- 2) กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการคลอด และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์
- 3) กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามประเมินความรู้และความเครียด หลังให้การพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง มีรายละเอียดกิจกรรม 1 ครั้ง ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ดังนี้

1) ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเจ็บครรภ์คลอด และทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง ก่อนการให้การโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้

2) ผู้วิจัยให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด เทคนิคในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการบรรเทาการเจ็บครรภ์ เพื่อขจัดความกลัวจากความไม่รู้ และความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง

3) ผู้วิจัยสอนและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า การฝึกปฏิบัติผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดการเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย

4) ผู้วิจัยสอนฝึกปฏิบัติการหายใจโดยผู้คลอดสามารถปฏิบัติได้เอง

5) หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทำแบบสอบถามประเมินความรู้คลอดและความเครียด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ และรายได้ของครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ และลักษณะครอบครัว ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติ chi-square test และสำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ รายได้ของครอบครัว และจำนวนการตั้งครรภ์ ใช้สถิติ Mann -Whitney U test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานความรู้และความเครียดตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานความรู้และความเครียดของหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Mann -Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ใบรับรองเลขที่ COA 60/2024 IRB No.68/2024 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2567

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ, $\bar{X}$ (SD), ปี	28.60 (7.00)		27.87 (8.38)		0.754
อายุครรภ์, $\bar{X}$ (SD), สัปดาห์	37.93 (0.88)		37.60 (1.24)		0.412
สถานภาพสมรส					1.000
สมรส	15	100.0	15	100.0	
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.568
ประถมศึกษา	1	6.7	2	13.3	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	26.7	1	6.7	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	8	53.3	7	46.7	
อนุปริญญา/ปวส.	1	6.7	5	33.3	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	6.7	0	0	
อาชีพ					0.376
เกษตรกร	2	13.3	4	26.7	
รับจ้างทั่วไป	5	33.3	9	60.0	
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	0	0	1	6.7	
ไม่ได้มีงานประจำ/แม่บ้าน	8	53.3	1	6.7	
รายได้ครอบครัว					1.000
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	4	26.7	4	26.7	
5,001-10,000 บาท	9	60.0	9	60.0	
10,001 – 20,000 บาท	2	13.3	2	13.3	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ลักษณะครอบครัว					1.000
ครอบครัวเดี่ยว	0	0	0	0	
ครอบครัวขยาย	15	100.0	15	100.0	
ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต					0.341
คลอดครบกำหนด	13	86.7	8	53.3	
แท้ง	0	0	1	6.7	
ไม่มี (ตั้งครรภ์แรก)	2	13.3	6	40.0	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					0.562
1 ครั้ง	5	33.3	6	40.0	
2 ครั้ง	3	20.0	5	33.3	
3 ครั้ง	4	26.7	3	20.0	
มากกว่า 3 ครั้ง	3	20.0	1	6.7	

*P-value<0.05

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับดูแลตามปกติ มีค่ามัธยฐานความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.690$) ในส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า มีค่ามัธยฐานความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

กลุ่มควบคุมที่ได้รับดูแลตามปกติ มีค่ามัธยฐานความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.765$) ในส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า มีค่ามัธยฐานความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด และความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ตัวแปร		n	Median	Z	p-value
ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	15	17.0	2.867	0.690
	ควบคุม	หลังทดลอง	15	18.0		
	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	15	17.0	3.933	<0.001*
	ทดลอง	หลังทดลอง	15	20.0		
ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	15	44.0	-0.138	0.765
	ควบคุม	หลังทดลอง	15	43.0		
	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	15	44.0	-6.322	<0.001*
	ทดลอง	หลังทดลอง	15	39.0		

*P-value<0.05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด และความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด

เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด และความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด และความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

ตัวแปร		n	Median	Z	p-value
ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด	กลุ่มควบคุม	15	18.0	2.475	<0.001*
ภาวะเจ็บครรภ์คลอด	กลุ่มทดลอง	15	20.0		
ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์	กลุ่มควบคุม	15	43.0	-4.313	<0.001*
	กลุ่มทดลอง	15	39.0		

*P-value<0.05

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 โดยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้การมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะช่วยให้สตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีการจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น การผสมผสานระหว่างภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติทั้งการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการหายใจ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจและจดจำเนื้อหาได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Johnson and Williams (2020) ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ในหญิงตั้งครรภ์ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายทั้งแบบ active และ passive progressive relaxation ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีทางเลือกในการจัดการความเจ็บปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown et al. (2021) ที่พบว่าการมีทางเลือกหลากหลายในการจัดการความเจ็บปวดช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด การฝึกการหายใจแบบล้างปอดเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการคลอด การได้ฝึกปฏิบัติจริงช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Garcia and Lee (2022) ที่พบว่าการฝึกเทคนิคการหายใจช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพร้อมในการเผชิญการคลอด และสอดคล้องกับงานวิจัยของอัญชลี จิตราภิรมย์และคณะ (2564) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยของอมอร จำภา (2563) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 หลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอด กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้ภาวะเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุทำให้เกิดการยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ การเข้าร่วมโปรแกรมฯ จะช่วยให้มีการจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ progressive relaxation มีประสิทธิภาพในการลดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson and Chen (2021) ที่พบว่าการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบต่อเนื่องช่วยลดระดับคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ได้ การฝึกการหายใจแบบล้างปอดช่วยลดความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Anderson et al. (2019) ที่พบว่าการฝึกเทคนิคการหายใจในระยะเจ็บครรภ์คลอดช่วยลดคะแนนความเครียดและความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การผสมผสานระหว่างการให้ความรู้และการฝึกทักษะการผ่อนคลายมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez and Kim (2022) ที่พบว่าโปรแกรมแบบผสมผสานช่วยลดความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดได้ดีกว่าการให้เพียงความรู้หรือการฝึกผ่อนคลายเพียงอย่างเดียว และสอดคล้องกับงานวิจัยของอัญชลี จิตราภิรมย์และคณะ (2564) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความเครียดในหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและต่ำกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยของวิทยา ฮามวงศ์ (2567) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร พบว่า หลังได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลห้องคลอดควรนำโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด โดยเฉพาะการให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเจ็บครรภ์คลอด และเทคนิคการเผชิญความเจ็บปวด

1.2 ควรจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติสำหรับการฝึกผ่อนคลายทั้งแบบ active และ passive progressive relaxation รวมถึงการฝึกการหายใจแบบล้างปอด เพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ข้อเสนอแนะการทําวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว โดยติดตามผลหลังคลอดเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดและผลกระทบต่อสุขภาพจิตหลังคลอด

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการให้โปรแกรมแบบรายบุคคลกับการให้โปรแกรมแบบกลุ่มย่อย เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการนำไปใช้ในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2560). *แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ดาริกา วรวงศ์. (2554). *ผลการใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้องและการนวดก้นกบต่อการลดความเจ็บปวดและความพึงพอใจในมารดาที่ไม่เคยผ่านการคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด*. เชียงใหม่: (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- ธัญญารัตน์ กุลณิจิตต์เมธ. (2560). ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 6(2), 158-165.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์ และสิดานันท์ ศรีใจวงศ์. (2566). *การพยาบาลระยะคลอด*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- วิทยา ฮามวงศ์. (2567). ผลของโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. *วารสารสุขภาพสตรีและการคลอด*, 19(1), 78-92.
- เบญจวรรณ ละหุการ, ศศิกันต์ กาละ และสุรีย์พร กฤษเจริญ. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อความเครียด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 1-13.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). *รายงานประจำปี 2565 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)*. กรุงเทพฯ.
- เอมอร จำภา. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสุขภาพแม่และเด็ก*, 14(3), 112-126.

- อัญชลี จิตราภิรมย์, จิรภา เสถียรพงศ์ประภา และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. (2561). การฝึกผ่อนคลาย;ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร*, 45(4), 47-55.
- Anderson J., Chen, P., & Wilson, M. (2019). The effects of breathing techniques on stress and anxiety levels during labor. *Journal of Maternal Health*, 15(4), 345-359.
- Brown R., Smith, L., & Davis, K. (2021). The role of active and passive progressive relaxation in managing labor pain. . *International Journal of Prenatal Education*, 22(3), 221-234.
- Bloom. (1971). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.
- Garcia Anderson, J. C. (2019). The effects of breathing techniques on stress and anxiety levels during labor. *Journal of Maternal Health*, 15(4), 345-359.
- Bloom. (1971). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.
- Brown, R. S. (2021). The role of active and passive progressive relaxation in managing labor pain. . *International Journal of Prenatal Education*, 22(3), 221-234.
- Garcia, A. &. (2022). Breathing techniques and anxiety reduction during childbirth: A clinical study. *Maternal and Neonatal Health Journal*, 18(2), 145-159.
- Johnson, H. &. (2020). Experiential learning and its impact on knowledge retention among pregnant women. *Journal of Women's Health Education*, 17(1), 75-89.
- Martinez, P. &. (2022). The effectiveness of integrated relaxation and knowledge programs in reducing stress during pregnancy. *Journal of Obstetric Care*, 25(5), 301-318.
- Wilson, K. &. (2021). Progressive muscle relaxation and cortisol levels in pregnant women: A randomized trial. . *Stress and Pregnancy Journal*, 20(6), 512-526.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). *แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลณีจิตต์เมธ, ธ. (2560). ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 6(2), 158-165.
- จำภา, เ. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสุขภาพแม่และเด็ก*, 14(3), 112-126.

- เบญจวรรณ ละหุการ, ศ. ก. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า
ต่อความเครียด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล
และการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 1-13.
- เปี่ยมมงคล, เ. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- วรวงศ์, ด. (2554). ผลการใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้องและการนวดก้นกบต่อการลดความเจ็บปวดและ
ความพึงพอใจในมารดาที่ไม่เคยผ่านการคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด. เชียงใหม่: (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เ. ล. (2556). *การพยาบาลระยะคลอด*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). *รายงานประจำปี 2565 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ
สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)*. กรุงเทพฯ.
- อัญชลี จิตราภิรมย์, จ. เ. (2561). การฝึกผ่อนคลาย;ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร*, 45(4), 47-
55.
- ฮามวงศ์, ว. (2567). ผลของโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บ
ครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. *วารสารสุขภาพสตรีและการคลอด*,
19(1), 78-92.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

จันทร์เพ็ญ พวงดอกไม้¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิต มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 6 เดือน ปีพ.ศ.2566 จำนวน 119 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel (2010) เท่ากับ 110 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความรู้ (P-value=0.110), ทัศนคติ (P-value<0.001), ทัศนคติต่อการป้องกันโรค(P-value=0.001), ทัศนคติต่อการปรับพฤติกรรม (P-value=0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, การควบคุมความดันโลหิต, พฤติกรรม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ Email : jnpr143@gmail.com

Effectiveness of Relaxation Training Program and Education Provision for Women with parturition at Labor and Delivery Department, Si Satchanalai Hospital, Sukhothai Province.

Junpen Phoungdokmai¹

Abstract

This descriptive research study aimed to examine the factors associated with blood pressure control behaviors among patients with uncontrolled hypertension at the Hypertension Clinic, Pha ya Man Health Promotion Hospital, Phichai District, Uttaradit Province. The population consisted of 119 hypertensive patients with blood pressure levels exceeding 140/90 mmHg for 6 consecutive months in 2023. The sample size was calculated using Daniel's formula (2010), resulting in 110 participants. Systematic random sampling was employed. Data were collected using a structured interview questionnaire comprising four sections: personal characteristics, knowledge, attitude, and health behavior. The questionnaire was validated by three experts for content validity and was tested for reliability using Cronbach's alpha, yielding a value of 0.867. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient. The results indicated that knowledge (P-value = 0.110), attitude (P-value < 0.001), attitude towards disease prevention (P-value = 0.001), and attitude towards behavior modification (P-value = 0.001) were significantly associated with uncontrolled blood pressure control behaviors in hypertensive patients.

Keywords: Hypertension, Blood pressure control, Behavior

¹ Public Health Expert, Phayaman Subdistrict Health Promotion Hospital, Phichai District, Uttaradit Province. Email :
jnnp143@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก โดยพบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Health Organization , 2020) ประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2565 พบว่าในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน ส่วนในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 764,868 คน สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่าในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่พบ จำนวน 41,612 คน (กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค, 2566) สำหรับจังหวัดอุดรดิตถ์มีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 77,114 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 2,323 คน และพบผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 6,395 คน สำหรับอำเภอพิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์ พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13,127 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 340 คน และพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 831 คน เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ทำให้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น และจากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน ตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่าตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์ มีข้อมูลที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน โดยพบว่าในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,197 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 52 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้น จำนวน 92 คน และจากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคย้อนหลังทำให้พบว่าตำบลพญาแมนเองนั้น กำลังประสบกับปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มของประชากร ตั้งแต่อายุ 30-80 ปี ที่ค่อนข้างสูง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2566)

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายเริ่มแรกจะพบอาการปวดศีรษะเนื่องจากมีการขยายตัวของหลอดเลือดอย่างมากซึ่งมักจะมีอาการหลังตื่นนอน ปวดบริเวณ ท้ายทอย มีเลือดกำเดาไหล หรืออาจมีอาการสับสน งุนงง คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้เป็นอาการ เตือนของภาวะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เป็นเวลานานส่งผลทำลายอวัยวะเป้าหมาย (Target organ damage) โดยทำให้เกิดภาวะหัวใจโต กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองแตก สมองขาดเลือด เกิดภาวะไตวายและมีการเปลี่ยนแปลงของประสาทจอภาพ นัยน์ตา ทำให้ตามัวถึงบอดได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2552; Kirshner, 2009) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูงที่ความดันซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิกที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 20 และ 10 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดและสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (Chobanian et al., 2546) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำเป็นต้องแนะนำให้ปรับเปลี่ยนแบบแผนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตและดูแลการรับประทานยาให้ถูกต้องตรงตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (Chobanian et al., 2546) ซึ่งการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การบริโภคอาหาร การจำกัดเกลือในอาหาร การออกกำลังกายชนิดแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ และการจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; Chobanian et al., 2546)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี ซึ่งจัดเป็นปัญหาประการหนึ่งที่ต้องรับหาทางแก้ไข เนื่องด้วยสถานการณ์ดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและรับประทานยา ที่ถูกต้องและสอดคล้องกับงานที่ตนเองทำ และต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แต่ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ลืมรับประทานและปรับขนาดยาเอง เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมตัวบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของ ครอบครัว ระบบบริการสุขภาพที่ทำให้เกิดความไว้วางใจ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าส่วนใหญ่การศึกษาที่ผ่านมาจะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นพื้นฐานในการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ดีขึ้นและพัฒนาสู่ระบบการจัดการสุขภาพเป็นลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอฟิชัย จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรู้ 3) ทักษะคิด ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ที่มีระดับความดันโลหิต มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 6 เดือน ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 119 คน ที่มีรายชื่อรับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 110 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ตอบถูก ตอบผิด ไม่ตอบ เกณฑ์การให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ด้านทักษะคิด จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามหลัก 3อ 2ส. ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ จำนวน 42 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 1,2,3,4 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 0.867

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เอกสารรับรองเลขที่ 047/256

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นเพศหญิง (54.50%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-70 ปี (66.40%) ($\bar{X}$ =63.19, S.D.=8.52, Min=44, Max=78) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (70.90%) และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่คู่สมรส หม้าย/หย่า/แยก (20.00%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (91.80%) และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ระดับมัธยมศึกษา (6.40%) มีเพียง 1.80 % ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 2,000-10,000 บาท (56.40%) ($\bar{X}$ =5,940.43, S.D.=5,115.82, Min=500, Max=25,000) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร (60.00%) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาป่วย 1-10 ปี (81.82%) ($\bar{X}$ =6.33, S.D.=4.50, Min=1, Max=27) ตามลำดับ

ด้านความรู้ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (51.80%) ($\bar{X}$ =2.21, S.D.=0.66) เมื่อพิจารณาความรู้ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับปานกลาง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการป้องกัน($\bar{X}$ =2.18, S.D.=0.69) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (n=110)

ด้านความรู้	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
สาเหตุของโรค	32	29.10	31	28.20	47	42.70	1.86	0.84
อาการของโรค	97	88.20	0	0.00	13	11.80	2.76	0.65
การรักษาและการป้องกัน	38	34.5	54	49.10	18	16.40	2.18	0.69
รวม								
ปัจจัยด้านความรู้	38	34.50	57	51.80	15	13.60	2.21	0.66

ด้านทัศนคติ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (76.40%) ($\bar{x} = 2.75$, S.D.=0.45) เมื่อพิจารณาทัศนคติจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ทัศนคติต่อการป้องกันโรค ($\bar{x} = 2.56$, S.D.=0.50) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ทัศนคติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (n=110)

ด้านทัศนคติ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ทัศนคติต่อการป้องกันโรค	62	56.40	48	43.60	-	-	2.56	0.50
ทัศนคติต่อการปรับพฤติกรรม	17	15.50	93	84.50	-	-	2.15	0.36
รวม	84	76.40	25	22.70	1	0.90	2.75	0.45
ปัจจัยนำด้านทัศนคติ								

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ภาพรวมมีระดับพฤติกรรมกลางๆ (63.60%) ($\bar{X}=2.37$, S.D.=0.50) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพกลางๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ($\bar{X}=2.00$, S.D.=0.00) ด้านการรับประทานยาสมุนไพร ($\bar{X}=2.19$, S.D.=0.39) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (n=110)

พฤติกรรม	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านการรับประทานอาหาร	109	99.10	-	-	1	0.90	2.98	0.19
ด้านการออกกำลังกาย	110	100	-	-	-	-	3.00	0.00
ด้านอารมณ์	-	-	110	100	-	-	2.00	0.00
ด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา	109	99.10	-	-	1	0.90	2.98	0.19
ด้านการรับประทานยา	96	87.30	12	10.90	2	1.80	2.85	0.40
ด้านการปฏิบัติตัว	93	84.50	16	14.50	1	0.90	2.84	0.40
ด้านการรับประทานยาสมุนไพร	21	19.10	89	80.90	-	-	2.19	0.39
รวม	40	36.40	70	63.60	-	-	2.37	0.50
ด้านพฤติกรรม								

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้รายด้าน คือ ความรู้ด้านอาการของโรค ($r=0.217$, P-value=0.023) ความรู้ด้านการรักษาและการป้องกัน ($r=0.257$, P-value=0.007) ทักษะ ($r=0.512$, P-value<0.001) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ความรู้ ทักษะคิด ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้	0.153	0.110	ไม่พบความสัมพันธ์
- ด้านสาเหตุของโรค	0.034	0.724	ไม่พบความสัมพันธ์
- ด้านอาการของโรค	0.217	0.023*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการรักษาและการป้องกัน	0.257	0.007*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทักษะคิด	0.512	0.000*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ทักษะคิดต่อการป้องกันโรค	0.300	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ทักษะคิดในการปรับพฤติกรรม	0.300	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

*ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การอภิปรายผล

ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = 0.153$, $P\text{-value} = 0.110$) อธิบายเหตุผลได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อาจได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เป็นเนื้อหาทฤษฎีทำให้เข้าใจได้ยากและไม่เห็นภาพที่แท้จริง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 2.37$, $S.D. = 0.50$) และมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 2.21$, $S.D. = 0.66$) ดังนั้นอาจเป็นผลมาจากปัจจัยด้านการให้ความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลางนั้น ส่งผลให้พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และจากการศึกษาทำให้เห็นว่าอาจไม่ใช่ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านการดูแล กระตุ้นและติดตาม การรับประทานอาหารสุขภาพ การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่ต่างกัน ทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางบางกลุ่ม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเช่นกัน ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาพร พูลเพิ่ม (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขต ตำบลชีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดัน

โลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จีราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุม ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = -0.036$, $p = 0.639$)

ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = 0.512$ P-value < 0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับดีถึงดีมาก สามารถอธิบายได้ว่า ทัศนคติมีผลต่อแนวโน้มของจิตใจ ความรู้สึกรู้สีกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือสถานการณ์ หนึ่งสถานการณ์ใด เป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อสะสมกันมา และผ่านการประเมินคุณค่าใน ลักษณะของผลเชิงบวกหรือเชิงลบจากบุคคลนั้นๆ (Green and Kreuter, 1991) สอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล Icek Ajzen และ Martin Fishbein (1975) เป็นทฤษฎีพื้นฐานที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและทัศนคติต่อพฤติกรรม ว่า การเปลี่ยนแปลงความเชื่อจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะคำนึงถึงเหตุผลก่อน ถ้าบุคคลมีความเห็นว่าเป็นสิ่งที่ควรกระทำ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ได้อธิบายว่า ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมของบุคคลโดยตรง คือ เจตนาแสดงพฤติกรรม (Behavioral intention) ซึ่งมีปัจจัย 2 ประการที่ก่อให้เกิดเจตนาแสดงพฤติกรรม ขึ้นมา ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm)และการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ($r = 0.512$, P-value < 0.001) ที่เกี่ยวกับทัศนคติต่อการป้องกันโรคและทัศนคติในการปรับพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.300$, P-value $= 0.001$) จึงทำให้เห็นว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างนั้นมีทัศนคติต่อพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544), ปฐญาภรณ์ ลาลูน และคณะ (2554), เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2554), จีราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน (2559) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1) จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.40 โดยเฉพาะทัศนคติต่อการป้องกันโรค ร้อยละ 56.40 ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่ได้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ NCDS ควรจัดกิจกรรมหรือโครงการโดยเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ สาเหตุ การป้องกันและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง พร้อมทั้งแจ้งภาวะการณ์ของโรคผลการรักษาให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่มารักษาตามนัดหมาย เพื่อเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น
- 2) ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ ไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการทำวิจัยกึ่งทดลองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ เช่น ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค ทฤษฎีความสามารถของตนเอง แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. (2023). วัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ “รู้เลข รู้เสี่ยง เลี่ยงโรคไม่ติดต่อ”, สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2567.
- จาก. <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=34117&deptcode=brc>
- จิราวรรณ เจนจบ, สุพัฒนา คำสอน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. นเรศวรวิจัย 2558;12:721-34.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2554; 16(6): 749-758.
- ปฐญาภรณ์ ลาอุณ และคณะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554; 18(3): 160-69.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รัตนวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพทกุล และพัสสมณต์ คุ่มทวีพร. (2552). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension) สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2567.

- จาก https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- สุธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูง จังหวัดนครปฐม. ปรินญาณิพนธ์. กศ.ม., มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- สุภาพร พูลเพิ่ม. (2554). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน เขตตำบลชีเหล็ก อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. Journal of Nakhonratchasima College., 5(2), 49–54.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. (2566). การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ, สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2567. จาก https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (2002). Understanding Attitude and Predicting Social Behavior. New Jersey: Prentice–Hall, Inc.
- Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall:1977.Cronbach. (1997). Essentials of Psychological Testing. New York : Harper and Row.
- Chobanian, A., V., Barkris, G., L., Black, H., R., Cushman, W., C., Green, L., A., Izzo, J., r., et., al. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. JAMA, 289 :2560-2572.
- Daniel, Wayne W., (1929).Biostatistics : a foundation for analysis in the health sciences / Wayne W. Daniel ,New York : Wiley, 2005, 8th ed. 782 p.
- Green LW., Kreuter MW. (1991). Health promotion planning. An Educational and Environmental Approach. 2nd ed. Palo Alto: Mayfield.
- Kirshner, H. S. (2009). Differentiating ischemic stroke subtypes: Risk factors and secondary prevention. Journal of the Neurological Sciences, 279(1), 1-8.
- World Health Organization (WHO). (2023). Hypertension, สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2567 จาก. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#>



ความรู้ในการปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน หมู่ 5 บ้านเกาะนาคา ตำบลปากคลอง อำเภอดงหลวง จังหวัดสุพรรณบุรี

ชนิดาภา รักธรรมกิจ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน หมู่ 5 เกาะนาคา ตำบลปากคลอง ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง เมษายน 2565 – กันยายน 2566 เป็นการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่อยู่ประจำทุกคนบนเกาะ จำนวน 45 คน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.11 กลุ่มอายุ 38-47 ปี ร้อยละ 24.45 สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.56 การศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.45 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 100 เป็นประเภทประชาชนทั่วไป ร้อยละ 82.23 รายได้ โดยเฉลี่ย / เดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60 สมาชิกที่อาศัยอยู่ประจำในครัวเรือน จำนวน 4-6 คน ร้อยละ 62.22 ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ทุกคนได้รับจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และ โทรศัพท์ รองลงมา คือ สื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ ร้อยละ 46.67 และไม่มีการได้รับข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ ประวัติการ ได้รับการบริการในการตรวจ ATK ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่ได้รับการตรวจมากที่สุด ร้อยละ 57.78 ส่วนประวัติ การได้รับการฉีดวัคซีน ส่วนใหญ่ได้รับ 4 เข็ม ร้อยละ 77.78 ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในบ้านเคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 68.89 ความรู้ในระดับปานกลาง การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมกับชุมชน อยู่ในระดับดีมาก จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ประเภทของ ประชาชนมีความสัมพันธ์ทางบวก เช่นเดียวกับ ระดับความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ระดับการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน

คำสำคัญ: โรคโควิด-19, ความรู้, การปฏิบัติ, การมีส่วนร่วม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอฟิจัย จังหวัดอุดรธานี Email : jnnp143@gmail.com

Knowledge of Behavior and Participation in the Control and Prevention of COVID-19 Among People in Moo 5 Ban Ko Naka, Pa Khlok Subdistrict, Thalang District, Phuket Province.

Chanidapa Rakthamakit¹

Abstract

This is a descriptive research have a purpose To study knowledge about COVID-19 disease that is related to participation in the control and prevention of COVID-19 disease of the people of Village No. 5, Naka Island, Pa Khlok Subdistrict. The period of operation is between April 2022 - September 2023. The sample group is the public. There were 45 people aged 18 years and over who lived regularly on the island. The results of the research can be summarized as follows. Personal characteristics of the majority of respondents were male 51.11%, age groups 38-47 years and 48-57 years 24.45%, married status 75.56%, secondary education 40%, hired occupation 44.45%, Muslim religion. 100% are general public, 82.23% have average income/month less than 10,000 baht, 60% have 4-6 people living in the household 62.22% channels for receiving information. Everyone receives from Public health officials, village health volunteers and television, followed by various social media at 46.67% and no news from newspapers. History of receiving ATK examination services in the past 1 month Most did not receive a test, 57.78 percent. As for vaccination history, Most received 4 injections, 77.78 percent. Most had no family member who had ever been sick with COVID-19, 68.89 percent. Knowledge was at a moderate level. Practice is at a moderate level. Community participation is at a very good level. From the relationship analysis, the personal characteristics factors found that the types of people had a positive relationship, as did the level of knowledge in preventing COVID-19 of the people, which had a positive relationship with the level of participation in disease control and prevention at a significant level of 0.05, and the level of practice had no relationship with the level of participation in controlling and preventing COVID-19 of the people.

Keywords: COVID-19, Knowledge, Practice, Participation

¹ Public health Technical Officer , Thalang District Public Health Office Phuket Province E mail : tangmoorak@gmail.com

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (single stranded RNA virus) ใน Family Coronaviridae Genus betacoronavirus องค์การอนามัยโลกได้ตั้งชื่อโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาชนิดที่มีการค้นพบล่าสุดนี้ว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 : COVID-19) จัดเป็นโรคทางเดินหายใจ โดยพบครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือนธันวาคมปี 2562 จากตลาดอาหารทะเลในเมืองอู่ฮั่น และในวันที่ 30 มกราคม 2564 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) (World Health Organization, 2020) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นภาวะการฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ อาการของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ผู้ได้รับเชื้อจะแสดงอาการภายใน 14 วัน ส่วนใหญ่พบได้ตั้งแต่ไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยไม่รุนแรงคล้ายกับไข้หวัดธรรมดา ใช้ (อุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส) ไอ และอ่อนเพลีย ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ ปวดเมื่อย เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส คัดจมูก น้ำมูกไหล ท้องเสีย หรือผื่นตามผิวหนัง หรือสีผิวเปลี่ยนตามนิ้วมือนิ้วเท้า อาการเหล่านี้มักจะไม่มีรุนแรงนักและค่อยๆ เริ่มทีละน้อย ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 80) หายป่วยได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการเพียงเล็กน้อยโดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เช่น การติดเชื้อในปอด มีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต การแพร่เชื้อได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ติดต่อระหว่างคนสู่คนจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ ผ่านสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำตา น้ำลาย เสมหะ หรือผ่านละอองฝอยจากทางเดินหายใจที่เกิดการไอ จาม การพูดคุย การสัมผัสกับเชื้อ โดยเข้าสู่ร่างกายได้ทางเยื่อต่างๆ เช่น ตา จมูก ปาก ละอองเหล่านี้ค่อนข้างหนักไปไม่ได้ไกล และจะตกลงสู่พื้นอย่างรวดเร็ว การรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตรจึงเป็นเรื่องจำเป็น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข , 2563 ; แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ฝ่ายกิจการนักศึกษา , 2563 ; คณะกรรมการสุขภาพแห่งมณฑลหูหนาน มหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง , 2563 ; คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ , 2564) วิธีการป้องกันติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางละอองน้ำมูก น้ำลายซึ่งปะปนออกมาจากผู้ป่วยโดยการ ไอ จามหรือพูด ละอองเหล่านี้ยังสามารถตกลงสู่วัตถุและพื้นผิวต่างๆ เช่น โทรศัพท์ โต๊ะ ลูกบิดประตู ราวจับ ฯลฯ โดยเฉพาะจุดสัมผัสร่วมเป็นแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญ ดังนั้นการป้องกันด้วยการล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เจลก่อนและหลังการสัมผัส จะสามารถลดการแพร่เชื้อจากผู้ป่วย รวมทั้งผู้ที่ไม่มีอาการ ผู้ป่วยโควิด-19 จากการติดต่อโดยการสัมผัสหรือติดต่อโดยตรงจากละอองฝอยโดยตรง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สถานการณ์ สถิติผู้ป่วยโรคโควิด-19 สะสมถึงวันที่ 8 กรกฎาคม 2565 ทั่วโลก พบผู้ป่วย 558,649,659 คน เสียชีวิต 6,369,032 คน ประเทศไทย พบผู้ป่วยสะสม 4,540,955 คน เสียชีวิตสะสม 30,798 คน (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโค

โรนา 2019 , 2565) จังหวัดภูเก็ตมีจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด-19 สะสมถึงวันที่ 8 กรกฎาคม 2565 พบผู้ป่วย 53,737 ราย เสียชีวิต 128 ราย รายงานโดย ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค. , 2565) และสำหรับหมู่ 5 บ้านเกาะนาคา ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะนาคา พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อตุลาคม 2564 โดยเกิดจากการติดเชื้อจากที่ทำงานนอกพื้นที่หมู่ 5 บ้านเกาะนาคา (บนฝั่ง) และต่อมาในปี 2565 พบจำนวนเพิ่มอีก 20 ราย รวมผู้ป่วยทั้งหมด 21 คน จาก 10 หลังคาเรือน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, 2565) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้วางมาตรการไว้อย่างไร รวมทั้งการป้องกันการแพร่ระบาดในครัวเรือนที่มีผู้ติดเชื้อเป็นไปตามที่กำหนดไว้หรือไม่ และการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนในการควบคุมและป้องกันโรคอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนรับมือในการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนแห่งนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการปฏิบัติที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน หมู่ 5 เกาะนาคา ตำบลปากคลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) ระหว่าง เมษายน 2565 – กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในหมู่ 5 บ้านเกาะนาคา ตำบลปากคลอง อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต จำนวน 45 คน เกณฑ์การคัดเลือก คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่จริงเป็นการอยู่ประจำ ตั้งแต่เกิดการระบาดของโรคโควิด-19 และมีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาใช้เอง ให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (IOC) จำนวน 3 ท่าน ผลจากการตรวจสอบได้ค่าระหว่าง 0.76-1.00 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการของ Cronbach 's Alpha มีค่าเท่ากับ 0.74 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกัน และการควบคุมโรคโควิด-19 จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะเป็นคำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ มีเกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom (Bloom,1956) แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง (16 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) ระดับต่ำ (10-11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุมโรคโควิด-19 จำนวน 16 ข้อ โดยใช้มาตรวัดตัวแปร Likert Scale 5 อันดับ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมกับชุมชนในการควบคุมโรคโควิด-19 จำนวน 16 ข้อ โดยใช้มาตรวัดตัวแปร Likert Scale 5 อันดับ

แบบสอบถามส่วนที่ 3, 4 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom (Bloom,1956) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) และสมการถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เอกสารรับรองรหัสโครงการหมายเลข PKPH 005/65 ลงวันที่ 20 กรกฎาคม 2565

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.11 กลุ่มอายุ 38-47 ปี และ 48-57 ปี ร้อยละ 24.45 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.56 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.00 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.45 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 100.00 เป็นประเภทประชาชนทั่วไป ร้อยละ 82.23 รายได้โดยเฉลี่ย / เดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60.00 สมาชิกที่อาศัยอยู่ประจำในครัวเรือน จำนวน 4-6 คน ร้อยละ 62.22 ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ทุกคนได้รับจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และ โทรศัพท์ รองลงมาคือ สื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ ร้อยละ 46.67 และไม่มีการได้รับข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ ประวัติการได้รับการบริการในการตรวจ ATK ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่ได้รับการตรวจมากที่สุด ร้อยละ 57.78 รองลงมาได้รับการตรวจ 1 ครั้ง ร้อยละ 31.11 ส่วนประวัติการได้รับการฉีดวัคซีน ส่วนใหญ่ได้รับ 4 เข็ม ร้อยละ 77.78 การมีประวัติสมาชิกในบ้านเคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในบ้านเคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 68.89

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19ประชาชน โดยเฉลี่ยได้คะแนนเท่ากับ 13.60 คะแนน (คะแนนเต็ม16คะแนน)ระดับปานกลาง คะแนนต่ำสุด = 10 คะแนนสูงสุด = 16 (ตาราง1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละคะแนนรวมของความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19

คะแนนรวม (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
10 - 11	9	20.00	ต่ำ
12 - 15	29	64.44	ปานกลาง
16	7	15.56	สูง

คะแนนต่ำสุด = 10 คะแนนสูงสุด = 16 $\bar{X}$ = 13.60 S.D. = .693

การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าต่ำสุด 1.73 ค่าสูงสุด 5.00 ค่าเฉลี่ย 3.47 และ S.D.=.284 (ตาราง2)

ตาราง 2 การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชน (ค่าเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรก)

ข้อมูลด้านการปฏิบัติ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	ประจำ	ค่อนข้างบ่อย	เป็นบางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ			
การให้ความร่วมมือตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าสถานที่สาธารณะและห้างร้านต่างๆ	45 (100.00)	0 (0.00)	0 (0. 00)	0 (0. 00)	0 (0.00)	5.00	.000	ดีมาก
การแจ้งและเข้ารับการตรวจจากเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่อมีอาการคล้ายเป็นหวัด	30 (66.67)	15 (33.33)	0 (0.00)	0 (0. 00)	0 (0.00)	4.74	.477	ดีมาก
เมื่อเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงได้มีการกักตัวแยกจากผู้อื่นอย่างน้อย 5 วัน	31 (68.89)	14 (31.11)	0 (0.00)	0 (0. 00)	0 (0. 00)	4.72	.468	ดีมาก

ตาราง 2 การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชน (ค่าเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรก)(ต่อ)

ข้อมูลด้านการปฏิบัติ	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	ประจำ	ค่อนข้างบ่อย	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ			
ที่บ้านรับประทาน อาหารที่ปรุงสุก ใหม่ๆ	20 (44.44)	18 (40.00)	7 (15.56)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.71	.684	ดีมาก
การปฏิบัติศาสน กิจได้เว้นระยะห่าง กับบุคคลอื่นอย่าง น้อย 1 เมตร	22 (48.89)	23 (51.11)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.50	.506	ดีมาก

ต่ำสุด 1.73 , สูงสุด 5.00 , $\bar{X}$ = 3.47 , S.D.=.284

การมีส่วนร่วมกับชุมชนอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าต่ำสุด 1.51 ค่าสูงสุด 4.94 และ ค่าเฉลี่ย 3.75 (ตาราง3)

ตาราง 3 การมีส่วนร่วมกับชุมชนในการควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชน (ค่าเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรก)

ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วม	จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	ประจำ	ค่อนข้างบ่อย	เป็นบางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ			
เมื่อป่วยโรคโควิดได้ ปฏิบัติตามคำแนะนำ อย่างเคร่งครัด	41 (91.11)	4 (8.89)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.94	.288	ดีมาก
เมื่อไปสัมผัสกับผู้ ป่วยท่านได้กักตัว ครบตามที่กำหนด	41 (91.11)	4 (8.89)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.93	.288	ดีมาก
ช่วงที่มีการระบาด เมื่อเดินทางไปพื้นที่	40 (88.89)	5 (11.11)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.91	.318	ดีมาก

เสียงสูงได้แจ้งให้ ผู้นำชุมชนทราบ								
ในช่วงที่มีการระ บาดจะไม่เดินทาง ออกนอกพื้นที่	34 (75.56)	11 (24.44)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.85	.435	ดีมาก
เมื่อเดินทางไปพื้นที่ เสียงสูงได้การแยก กักตัวที่บ้าน	38 (84.44)	7 (15.56)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.85	.367	ดีมาก

ต่ำสุด 1.51 , สูงสุด 4.94 , , $\bar{X} = 3.75$, S.D.=.325

ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล และระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุม และป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน พบว่า ประเภทกับระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนรายได้ การศึกษา เพศ และสถานภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ (ตาราง4)

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล และระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุม และป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน (n=45)

ค่าความสัมพันธ์	ระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและ ป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน		แปลผล
	r	P-value	
ประเภท	.249	0.038*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
รายได้	.178	0.248	ไม่มีความสัมพันธ์
การศึกษา	.166	0.281	ไม่มีความสัมพันธ์
เพศ	.094	0.546	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพ	.166	0.283	ไม่มีความสัมพันธ์

* $\alpha < 0.05$

ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรู้ ระดับการปฏิบัติ และระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุม และป้องกัน โรคโควิด-19 ของประชาชน พบว่า ระดับความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน (ตาราง5)

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับการปฏิบัติและระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุม และป้องกัน โรคโควิด-19 ของประชาชน (n=45)

ค่าความสัมพันธ์	ระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกัน โรคโควิด-19 ของประชาชน		แปลผล
	r	P-value	
ระดับความรู้	.333	0.025*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ระดับการปฏิบัติ	.086	0.575	ไม่มีความสัมพันธ์

* $\alpha < 0.05$

การอภิปรายผลและสรุปผล

ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทุกคนได้รับจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และ โทรศัพท์ สอดคล้องกับการศึกษาของธานี ชัยวัฒน์ และคณะ ที่ศึกษาจากกลุ่มต่างๆของคนไทย พบว่าช่องทางการสื่อสารหลักเป็นช่องทางจากโทรศัพท์เช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากรัฐบาลโดยศบค.มีการให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ จึงเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลอย่างถูกต้องแก่ประชาชนอย่างสม่ำเสมอ นั้น ทำให้ประชาชนสนใจรับฟังและทำให้ทราบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และนอกจากนี้พบว่าการสื่อสารโดยทางกลุ่มไลน์มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากในช่วงที่มีการระบาดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ใช้ช่องทางนี้ในการให้ความรู้ การสื่อสารกับ อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชนในชุมชน ทำให้ทุกคนได้รับทราบข้อมูลอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ มธุราวาทิน จากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดเชียงใหม่ที่พบว่าการรับข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางออนไลน์จะมีความรู้และมีพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การตรวจ ATK ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ได้ให้ความร่วมมือตรวจตามที่หน่วยงานกำหนด และตามสถานที่ที่ศบค.ประกาศเนื่องจากเห็นว่ามีคามจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันการนำเชื้อมายังสถานที่ที่อื่นๆ รวมแล้วได้รับการตรวจ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 42.2 ส่วนการได้รับวัคซีนตามกลุ่มอายุที่กำหนดให้มารับวัคซีนได้ร่วมมือมารับบริการทุกคน เนื่องจากเห็นว่ามีคามจำเป็นและใน

ขณะนี้ เป็นแนวทางเดียวที่ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง ความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลมีปัจจัยจากประเภทของประชาชนที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ซึ่งพบว่ากลุ่มอสม. และผู้นำชุมชนจะต้องปฏิบัติงานใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ระดับความรู้ของประชาชนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัมปนาท โคตรพันธ์ และ นิยม จันทน์นวล ศึกษาประชาชนจากจังหวัดมุกดาหาร ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ และ กรรณิกา เจริญเทียนชัย ศึกษาจากประชาชนในประเทศไทย การมีส่วนร่วมกับชุมชนในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก ระดับการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการปฏิบัติตัวได้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญที่ได้มีการเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง แต่การมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น เวลาทำงาน การมีเวลาว่างที่ตรงกับการนัดหมายต่างๆ การเป็นผู้สูงอายุ หรือการมีภารกิจเร่งด่วน เป็นต้น เมื่อพิจารณาในภาพรวมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของกัมปนาท โคตรพันธ์ และ นิยม จันทน์นวล ศึกษาจากประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.3 การศึกษาของประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ และ กรรณิกา เจริญเทียนชัย ในผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของดาริยะ ดวงรามิ ศึกษาที่ตำบลบ้านป้อม จังหวัดสงขลา มีการปฏิบัติตัวออกนอกบ้านได้สวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคมเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1) การประชาสัมพันธ์ควรทำอย่างต่อเนื่อง และใช้ช่องทางที่ประชาชนสนใจรับฟัง เช่น ทางโทรทัศน์ สื่อออนไลน์ต่างๆ เนื่องจากได้มีการเปิดรับฟังและอ่านอยู่ตลอดเวลา สามารถเข้าถึงได้ง่าย ทุกบ้านใช้เป็นสื่อในการรับข้อมูลข่าวสารและใช้ในการติดตามข่าวสาร สำหรับสื่อที่ไม่ได้รับความสนใจ เช่น หนังสือพิมพ์เนื่องจากประชาชนไม่นิยมอ่าน
- 2) การนำนโยบายสู่การปฏิบัติภาคผู้นำชุมชน ควรมีการประชาสัมพันธ์ผ่านอสม. เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะทราบบริบทของประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างดี มีช่องทางในการสื่อสารที่ใกล้ชิดและทั่วถึง และเข้าถึงง่าย
- 3) การบูรณาการงานในพื้นที่และมีการสั่งการแบบ One Commander เนื่องจากมีประสิทธิภาพต่อการบริหารงาน ผู้ปฏิบัติงานไม่สับสนและลดความซ้ำซ้อน และทำให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์

4) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตัวในการป้องกันโรคโควิด-19ในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆเพื่อศึกษาว่ามีพฤติกรรมแตกต่างกันหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- กัมปนาท โคตรพันธ์และ นิยม จันทน์นวล. (2565). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร**.การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี . Oral Presentation; ครั้งที่ 16: 148-160.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข . (2563) .**โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)** . (เข้าถึงเมื่อ12 เมษายน 2565). เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558** . (เข้าถึงเมื่อ10 เมษายน 2565). เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th>law>.
- กฤษฎา พรหมมณี และ ขายนีย์ ช. บุญพันธ์ . (2565). **พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกัน การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19): กรณีศึกษาตำบลยะหา อำเภอยะหา จังหวัดยะลา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มหวิทยาลัยการแพทย์คุณหมิง . (2563) . **คู่มือป้องกัน โรคโควิด-19** .สถาบันการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ มณฑลยูนนาน : สำนักพิมพ์ยูนนาน เอ็ดดูเคชั่น .62 หน้า.
- คณะแพทยศาสตร์ แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา. (2563). **ความรู้พื้นฐาน COVID-19 ตอนที่ ๑ โรคโควิด-19 การติดเชื้อ การป่วย การดูแลรักษา การป้องกันการแพร่เชื้อและการติดเชื้อ**. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (เข้าถึงเมื่อ19 กุมภาพันธ์ 2564).เข้าถึงได้จาก <https://phoubon.in.th/covid-19/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2.pdf>.
- คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ ฝ่ายกิจการนักศึกษา. (2564). **คู่มือการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** . คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช . กรกฎาคม 2564. กรุงเทพมหานคร. 43 หน้า.
- ดาริยะ ดวงรามิ . (2566). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 หลังประกาศเป็นโรคประจำถิ่น ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป้อม** . วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ; 3(2) : 113 – 124 .

ธานี ชัยวัฒน์ และคณะ . (2563). **เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมว่าด้วยเส้นทางชีวิตและกิจกรรมร่วมของครัวเรือนไทย**

ภายใต้สถานการณ์ COVID-19. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

(สารส.). (เข้าถึงเมื่อ23 เมษายน 2566).เข้าถึงได้จาก

<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5233>.

ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ และ กรรณิกา เจริญชัย . (2565). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ**

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี

2565. วชิรสารการพยาบาล ; 25(2): 70-84.

พรทิพย์ มธุรวาทิน. (2565) . **ความรู้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดเชียงใหม่ ใน**

เรื่องการใช้หน้ากากอนามัยให้ปลอดภัย จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.งานวิจัย สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดเชียงใหม่.

ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 สำนักนายกรัฐมนตรี , (2565) . **สถานการณ์โรคโควิด-19ประเทศไทย .** (เข้าถึง

เมื่อ8 กรกฎาคม 2565).เข้าถึงได้จาก <https://covid19.nrct.go.th/#>.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. (2565). **รายงานสถานการณ์โรคโควิด-19 จังหวัดภูเก็ต 2565.** เอกสารอัด

สำเนา.

Bloom et al. , 1956. **Taxonomy Of Educational Objectives, Handbook : The Cognitive Domain.**

New York: David McKay Co Inc.

World Health Organization. [WHO] (2020). **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report**

– 71. Geneva: World Health Organization.



การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

อุพาริน พรกระแสน¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาวิธีปฏิบัติประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดำเนินการเดือนมกราคม 2566- มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านหนองแก่ง จำนวน 30 คน ผู้ดูแล จำนวน 30 คน ญาติเครือข่ายจำนวน 35 คน และบุคลากรด้านสุขภาพจำนวน 2 คน ขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและการดูแลเพื่อป้องกันการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชน 2) การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 3) การใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 4) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและญาติ เครือข่าย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินการกล้วการหกล้ม แบบสอบถามความรู้และแบบวัดพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 1) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและญาติเครือญาติ 2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) การจัดโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ 4) การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว และ 5) การเยี่ยมบ้าน การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและความกล้วการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มและพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) จากการติดตามหลังการใช้รูปแบบในช่วง 6 เดือนไม่พบการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: รูปแบบ, การพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก่ง ตำบลนครสวรรค์ออก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์, E-mail: Ying.rin5956@gmail.com

Development of elderly care model to prevent falls

Uralin Pornkrasae¹

Abstract

This research and development study aimed to develop and study the effectiveness of the elderly care model to prevent falls. This study was conducted during January 2023 to March 2024. The sample composed of people over 60 years of age who live in the area of responsibility Ban Nong Kaeng Sub-district Health Promoting Hospital, 30 cases and 30 caregivers, 26 network partners and 2 health personnel. The model development consist of 4 steps: 1) Analysis of situation and problems related to falls and prevention of falls. 2) Develop the elderly care model to prevent falls 3) Implement and 4) Evaluation. The study tools included the elderly care model to prevent falls, Data were collected using; General data recording forms, Fall risk assessment form, Assessment of fear of falling, knowledge questionnaire and a behavioral measure regarding fall prevention. The data were analyzed by frequency, Percentage, mean, standard deviation, paired t-test and content analysis. The results show that the elderly care model to prevent falls composed of 5 components 1) Family and network partners participation. 2) Potential development for elderly, caregivers and network partners. 3) Exercise program for elderly 4) Equipment support and 5) Home visit. After implementation the elderly care model to prevent falls, the mean score of the risk of falling and fear of falling were significantly decreased (P -value <0.05), the mean score of knowledge about fall prevention and behavior regarding fall prevention were significantly increased (P -value <0.05). Following after using the model 6 months no elderly were found to have fallen.

Keywords: Model, fall prevention, elderly

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

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก พ.ศ.2562 มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลกจำนวน 703 ล้านคน และคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 เท่าหรือ 1.5 เท่าในปี พ.ศ.2593 ทั่วโลก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging society) เช่นกัน สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุวัยตอนต้นจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน เป็นต้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2566) และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การมองเห็นลดลง ความสามารถในการทรงตัว ลดลง เดินเซ การเคลื่อนไหวลำบาก ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทรงตัวบกพร่อง ร่วมกับการมีโรคประจำตัวต้องรับประทานยา จากผลของยาและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อาจส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ (วนิดา ราชมัย, 2565) ประมาณ 1 ใน 3 ของการหกล้มจะนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงมาก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้การบาดเจ็บจากการหกล้ม ยังทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่าการเจ็บป่วยจากสาเหตุอื่นโดยเฉพาะกรณีกระดูกสะโพกหัก ยิ่งผู้ป่วยมีอายุมากและมีโรคประจำตัวก็มีความเสี่ยงทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ฯลฯ และเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตในที่สุดปัจจัยที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลมีทั้งที่เกิดจากปัจจัยภายในบุคคล (Intrinsic factor) และปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrinsic factor) ปัจจัยภายในบุคคลที่พบบ่อยจะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายที่มีผลต่อการทรงตัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ของระบบการมองเห็น ระบบการได้ยิน ระบบกายสัมผัสและการรับรู้ การเคลื่อนไหวของข้อต่อ ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่ลดลง ทำให้ขณะเดินหรือเปลี่ยนท่าทางร่างกายไม่สามารถรักษาคูณศูนย์กลางของมวลร่างกายให้อยู่ในฐานที่สมดุลได้ และเกิดการหกล้มขึ้น (สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง และคณะ, 2564)

สถานการณ์การปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก่ง ปี พ.ศ. 2563-2565 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 1,566, 1,687 1,789 ราย ตามลำดับ (กลุ่มมาตรฐาน ประชากร, 2565) และจากการสำรวจในพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการพลัดตกหกล้ม การช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกินยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลาหรือมีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น บางครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพังเนื่องจากญาติต้องไปทำงานนอกบ้าน ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อีกทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังทำได้ไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่องการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังคงยึดหลักการเยี่ยมบ้านตามโรคหรือการเจ็บป่วย

จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก่งจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มให้มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการร่วมดูแลและป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบ 3) การทดลองใช้ 4) การประเมินประสิทธิผล เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสม (Mixed method) สถานที่ศึกษา พื้นที่บริการในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก่ง ตำบลนครสวรรค์ออก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2566 – มีนาคม 2567

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษาประกอบด้วย 4 กลุ่มได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านหนองแก่ง จำนวน 1,789 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแล ได้แก่ บุตร หรือสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1,789 ราย

กลุ่มที่ 3 ภาควิชาการ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน 7 หมู่บ้านในตำบลนครสวรรค์ออก จำนวน 35 คน

กลุ่มที่ 4 บุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก่ง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คนและนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านหนองแก่ง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ซึ่งต้องทราบค่าของ Power (P) significance level (α) และค่า Effect size (d) แล้วนำไปเปิดตาราง ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้ $P=0.08$ $\alpha=0.05$ และ $d=0.05$ (medium size) นำค่า P, α และ d ไปเปิดตาราง (Cohen, 1988) หา

ค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างในตารางค่าทดสอบค่าที่ ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) มีเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ได้รับการประเมิน ความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มโดยแบบประเมิน Thai FRAT มีคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป และแบบประเมินการกลัวการหกล้ม เป็นแบบสัมภาษณ์ฉบับนานาชาติ (The Thai Falls Efficacy Scale-International: FES-I) มีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น 5) มีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel ADLs Index) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 6) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ไม่อยู่ในพื้นที่พักอาศัยขณะทำการเก็บข้อมูล

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) พักอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างหรือสามารถดูแลกันได้ 2) การรับรู้ปกติ สามารถพูดคุยสื่อสารได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 3 ภาศึเครือข่ายจำนวน 35 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 28 คนและผู้นำชุมชน 7 คน โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด

กลุ่มที่ 4 บุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก่ง จำนวน 2 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คนและนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

- 1) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและภาศึเครือข่าย
- 2) การพัฒนาความรู้และทักษะแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3) การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
- 4) การสนับสนุนอุปกรณ์ในการเคลื่อนไหว
- 5) การเยี่ยมบ้าน

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านในด้านความถูกต้องในด้านความถูกต้อง และความเหมาะสมของเนื้อหา ได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแล และแบบสัมภาษณ์อาสาสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านในด้านความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา ได้ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

2.3 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ยาที่ใช้ปัจจุบัน

2.4 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Falls Risk Assessment tool) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2562) (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2562) มี 11 หัวข้อ คือ จำนวนวันนอนที่เข้ารับการรักษานาน อายุ ประวัติการหกล้ม การทรงตัว การรับรู้ สภาพร่างกายทั่วไป การมองเห็น การพูด การได้ยิน ภาวะโรคเรื้อรัง และไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การแปลผลความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม ดังนี้ คะแนน 0 -10 มีความเสี่ยงต่ำ คะแนน 11-20 มีความเสี่ยงปานกลาง และคะแนน 21-33 มีความเสี่ยงสูง

Falls Risk Assessment tool (FRAT) มีทั้งหมด 11 ข้อคำถาม โดยเป็นแบบสอบถามที่ผู้ช่วยผู้วิจัยจะเป็นคนตรวจประเมินและบันทึกผลการประเมิน เป็นเครื่องมือซึ่งสามารถแยกกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยง ได้เป็น 3 ระดับ คือมีความเสี่ยงน้อย ปานกลาง และมีความเสี่ยงมาก ตามคะแนนที่ได้ มีการศึกษาถึงค่า ความเที่ยงและแม่นยำในการวัดของ เครื่องมือนี้โดย Perell, et. al (2001) พบว่ามีความเที่ยงและแม่นยำสูง (ICC=0.90) สามารถใช้ได้ง่ายและใช้เวลาค่อนข้างน้อยในการวัด ค่าคะแนน cut off เท่ากับ 10 คะแนน

2.5 แบบประเมินการกลัวการหกล้ม เป็นแบบสัมภาษณ์ฉบับนานาชาติ (The Thai Falls Efficacy Scale-International: FES-I) ที่สร้างและพัฒนาขึ้นโดยสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป (Kempen, et al., 2007) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา เกียรติวงศ์ (2552) ซึ่งทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความตรงเชิงโครงสร้างด้วย Principal Component Analysis พบค่า Factor Loading มากกว่า 0.40 ขึ้นไป และความเชื่อมั่นสอดคล้องภายในของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบาคเท่ากับ 0.95 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ไม่กลัวหกล้มเลย เท่ากับ 1 คะแนน กลัวหกล้มเล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน กลัวหกล้มมาก เท่ากับ 3 คะแนน กลัวหกล้มมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน คะแนน รวมของแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน การแปลผลดังนี้ คะแนน 16-21 คะแนน แสดงว่า ไม่กลัวการหกล้ม คะแนน 22-27 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง คะแนน 28-64 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มมาก

2.6 แบบทดสอบความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร K-R 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

2.7 แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุจำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตรลิกิร์ต (Likert scale) 3 ระดับ ไม่ปฏิบัติเลยได้ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำได้ 3 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและการดูแลเพื่อป้องกันการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก ตำบลนครสวรรค์ออก อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

1. วิเคราะห์ข้อมูลการพลัดตกหกล้มจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาการศึกษาที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก และข้อมูล que เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปในปี 2565 ในเชิงปริมาณและความรุนแรง

2. สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 10 คน เกี่ยวกับสถานการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลและป้องกันการการพลัดตกหกล้ม

3. ทบทวนกระบวนการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแกที่ผ่านมา

4. ผู้วิจัยสรุปผลการการวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและการดูแลเพื่อป้องกันการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยแบ่งข้อมูลเป็น 4 ด้านดังนี้

4.1 ด้านกระบวนการดูแล พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม ผู้สูงอายุไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ตลอดจนการให้ความรู้ ทำให้ขาดความตระหนักในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

4.2 ด้านผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุขาดความรู้และการตระหนักเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายในการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขา และมีผู้สูงอายุบางคนเคยหกล้มมาก่อน ทำให้เกิดความกลัวจนไม่กล้าทำกิจกรรมที่ออกแรงหรือกิจกรรมการออกกำลังกายเนื่องจากเกรงว่าจะเกิดการหกล้มและเกิดการบาดเจ็บตามมา

4.3 ด้านผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลยังขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขาในผู้สูงอายุ ไม่มีการกระตุ้นหรือสนับสนุนการออกกำลังกายส่วนใหญ่จะดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่านั้น

4.4 ด้านภาคีเครือข่าย พบว่า ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังขาดความรู้และทักษะในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

1. ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลผลการวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและการดูแลเพื่อป้องกันการป้องกันการพลัดตกหกล้มเสนอต่อทีมภาคีเครือข่าย เพื่อให้ทีมรับทราบและวางแผนหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

2. ทีมร่วมกันกำหนดแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทในชุมชน ได้แก่

2.1 ใช้การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

2.2 การพัฒนาความรู้และทักษะแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3 การส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขาที่เหมาะสม

2.4 การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว

2.5 การติดตามเยี่ยมบ้านโดยกำหนดทีมในการเยี่ยมบ้านและระยะเวลาในการเยี่ยม

3. การจัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตลอดจนการจัดเตรียมเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการประเมินผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบประเมิน Berg balance scale, Snellen chart, แบบประเมินดัชนีบาร์เซล เอ ดี แอล, และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม Thai-FRAT เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้น

1. การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำนวน 1 ครั้ง โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก่ง พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินต่างๆ และการแปรรูป ได้แก่ การประเมินการทรงตัว การประเมินการมองเห็น การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน

3. การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ ผู้วิจัยร่วมกับผู้นำชุมชนจัดหาแหล่งทุนในการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยในการเดิน ได้แก่ ไม้เท้า

4. บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข ประเมินการทรงตัว ประเมินการมองเห็น ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เพื่อวางแผนในการดูแลและการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุรายบุคคล

5. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยบุคลากรสุขภาพในการเยี่ยมครั้งแรก เพื่อกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้สูงอายุ ประเมินการจัดสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้าน ให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ปลอดภัย ติดตามประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนให้การดูแลต่อไป หลังจากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์ เพื่อติดตามและกระตุ้นเตือนการออกกำลังกายเป็นเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากนั้นเยี่ยมทุก 1 เดือน และให้มีการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มซ้ำทุก 6 เดือน

6. นำรูปแบบไปทดลองใช้ผู้สูงอายุติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบโดยการสอบถามและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยประเมินผลลัพธ์ในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ผลลัพธ์ที่ประเมิน ได้แก่ ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความกลัวการหกล้มอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 2. คะแนนความรู้ พฤติกรรม ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความกลัวการหกล้ม วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความกลัวการหกล้ม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ
- โดยสถิติทดสอบค่าที่แบบจับคู่ (Paired t-test)

อุปบัติการณ์การพลัดตกหกล้มวิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ตามหลักวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำเสนอข้อมูลแบบบรรยาย และการสรุปเชิงวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการ วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เลขที่โครงการ 3/2565 เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้
 - 1.1 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ด้านครอบครัวโดยการหาผู้ดูแลหลักมาเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม การปรับสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านและภายในตัวบ้าน ด้านภาคีเครือข่าย กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีอยู่บ้านคนเดียว มีการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ
 - 1.2 การพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - 1.2.1 การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยการสอนให้ความรู้เรื่องการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกัน ตลอดจนการสอนและฝึกทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน โดยมีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการสอน
 - 1.2.2 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านความรู้และทักษะ ได้แก่ การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขาในผู้สูงอายุ การใช้เครื่องมือในการประเมินต่างๆ ได้แก่ การประเมินการทรงตัว การประเมินการมองเห็น การ

ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการแปรผล เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ

1.3 การส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขา ทั้งในชุมชนและที่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะติดตามกระตุ้นการปฏิบัติทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

1.4 การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยในการเดินสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการจัดหา

1.5 การติดตามเยี่ยมบ้าน (Home visit) โดยกำหนดทีมในการเยี่ยมบ้านประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่วิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเยี่ยมบ้านครั้งแรก หรือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาในการดูแล พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขจะเป็นผู้เยี่ยม เพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุตลอดจนการประเมินสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน เพื่อวางแผนให้การดูแลและจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำหนดให้มีการติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์ในช่วง 8 สัปดาห์แรก เพื่อกระตุ้นการออกกำลังกายหลังจากนั้นเยี่ยมทุก 1 เดือน เพื่อให้กำลังใจและติดตามการปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และติดตามอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม และให้มีการประเมินความเสี่ยงความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มซ้ำทุก 6 เดือน

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 65.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.9 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 40.1 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 66.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.67 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	6.70
หญิง	28	93.30
อายุ (ปี) (M=65.3, SD=1.9, Min=62, Max=89)		
60 - 69	22	73.30
70 - 79	7	23.40
80 - 89	1	3.30
สถานภาพสมรส		
โสด	7	23.30
สมรส/คู่	11	36.70
หม้าย/หย่า/แยก	12	40.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	6.70
ประถมศึกษา	20	66.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	16.70
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.30
โรคประจำตัว		
ไม่มี	17	56.67
มี *	13	43.33
โรคเบาหวาน	6	46.15
โรคความดันโลหิตสูง	12	92.31
โรคเก๊าท์	1	7.69

*ผู้สูงอายุบางรายมีมากกว่า 1 โรค

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

1. ด้านความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และความกลัวการหกล้ม พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและความกลัวการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) (ตารางที่ 2)

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) (ตารางที่ 2)

3. อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม จากการติดตาม หลังการใช้รูปแบบฯ ในช่วง 6 เดือน ไม่พบการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความกลัวการหกล้ม ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม (n=30 คน)

	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	t	P value	95%CI
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม				
ก่อนการใช้รูปแบบ	17.6 (1.9)	5.06	0.000*	1.86-4.39
หลังการใช้รูปแบบ	15.23 (0.8)			
ความกลัวการหกล้ม				
ก่อนการใช้รูปแบบ	29.1 (5.0)	3.91	0.001*	3.02 –9.64
หลังการใช้รูปแบบ	22.8 (0.6)			
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม				
ก่อนการใช้รูปแบบ	7.6 (1.0)	4.09	0.004*	1.20 – 3.59
หลังการใช้รูปแบบ	8.4 (0.8)			
พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม				
ก่อนการใช้รูปแบบ	24.76 (2.7)	3.11	0.000*	1.38 - 2.86
หลังการใช้รูปแบบ	27.90 (5.1)			

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

อภิปรายผล

อภิปรายผล ผู้ศึกษาขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้รูปแบบที่มีผลลัพธ์ที่ดี ก็คือ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และความกลัวการหกล้มลดลง มีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ก็คือการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านด้วย ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือติดตามอย่างสม่ำเสมอ และอีกประการหนึ่งก็คือ การกำหนดให้มีการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มซ้ำทุก 6 เดือน ซึ่งเป็นการประเมินที่สำคัญเพื่อที่จะใช้เป็นตัวคัดกรองว่าผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหรือไม่ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การประเมินนี้สามารถทำนายการหกล้มที่จะเกิดภายใน 6 เดือนได้ ดังนั้นเมื่อประเมิน พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงก็จะมีการเฝ้าระวังและดูแลป้องกันมากขึ้นจึงเป็นผลให้การศึกษานี้ไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผลการศึกษพบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและความกลัวการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มยัง ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การออกกำลังกาย การประเมินสิ่งแวดล้อมและการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการหกล้ม การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้ม การบรรยายเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันการหกล้ม อีกทั้งการสาธิตพร้อมทั้งบรรยายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย การยืน การเดิน การนั่ง การออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทั้งจากบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงสร้างความเชื่อมั่นให้กับกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งได้กำลังใจจากญาติผู้ดูแล จึงทำให้เกิดความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นอย่างดีและทำให้ผู้สูงอายุตระหนักได้ว่าตนเองมีโอกาสหกล้ม จึงต้องมีความระมัดระวังในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี โภชนกิจ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจเพื่อ

ป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) และผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมหากล่าว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกยืนและก้าวเดิน ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุดีกว่ากลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวัลย์ เอี่ยมสอาด และคณะ (2566) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง พบว่า การใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีประสิทธิผลดีทั้งด้านความรู้ การรับรู้ทุกด้านและการประเมินสมรรถภาพทางกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -4.827$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($t = 2.820$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ส่วนด้านพฤติกรรมมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -7.960$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ($t = 1.26$)

ข้อเสนอแนะ

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มไปใช้ โดยบุคคลที่มีส่วนร่วมในการดูแลได้แก่ ครอบครัวและภาคีเครือข่าย ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และองค์กรชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชนและร่วมกันจัดทำแผนงานโครงการแนวทางในการดูแลช่วยเหลือและรวมถึงการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานและการจัด โดยให้ชุมชนในการมีส่วนร่วมในการรับรู้ สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล และร่วมในการช่วยเหลือดูแล

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มมาตรฐาน. (2565). ประชากร. [สืบค้นข้อมูลเมื่อ 14 ธันวาคม 2565], จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0.
- เพ็ญศรี โภชนกิจ. (2563). ศึกษาผลของโปรแกรมทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข; 34(2): 115-126.
- ลัดดา เกียมวงศ์. (2552). ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา. วารสารสภาการพยาบาล; 24(1): 77-87.
- วนิดา ราชมัย. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6. ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- วิลาวัลย์ เอี่ยมสอาด, กรรณิการ์ พินิจ. (2566). ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 9(1): 104-114.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. สันทนาการพิมพ์.
- สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง, อรทัย ยินดี. (2564). การศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้มและแนวทางการจัดการป้องกัน การพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาล; 30(23): 30-43.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจ ประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 – 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/violence/การพยากรณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ%20ปี%202560-2564.pdf>.
- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associate.

Edwards, W., Deming in Mycoted. (2004). Plan Do Check Act (PDCA) (Online). Available
<http://www.mycoted.com/creativity/techniques/pdca.php>.

Kempen, et al. (2007). Characterizing urban areas with good sound quality. Noise Economics;
June 24-28 2007; Skiathos; 6(36): 2591.

Perell, K.L., Nelson, A., Goldman, R.L., Luther, S.L., Prieto-Lewis, N. & Rubenstein, L.Z. (2001).
Fall risk assessment measures: An analytic review. The journals of gerontology. Series A,
Biological Sciences and Medical Sciences; 56(12): 761-766.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา

สุธานา สนแย้ม¹, พรกนก คงเนตร², ธนัช กนกเทศ³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2566 จำนวน 239 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ผ่านการตรวจสอบการหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81-0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์แบบอิต้า

ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.57 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.43 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทัศนคติในพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ระบุนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, การบริโภค, อาหาร, นักเรียน

¹สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

²สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Factors related to food consumption behavior of middle school student Buddhachinnarat Pittaya School

Suthanat Sonyam¹, Pornkanok Kong², Thanach Kanokthet³

Abstract

This correlational descriptive study aimed to examine factors related to food consumption behavior of Junior high school students, Buddachinnarat Pittaya School, Phitsanulok Province. A Multi-stage Sampling was used to recruit a sample of 239 students studying in a Lower secondary school level, academic year 2023. Data were collected using a questionnaire which was checked for content validity by experts. And it has reliability by the Cronbach's alpha correlation coefficient. The reliability value was 0.81-0.95. Data was analyzed by frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Correlated factors were analyzed using the Pearson correlation coefficient. and eta correlation statistics.

The results of the research found that 1) Food consumption behavior of the majority of the sample, 58.57 percent, had low food consumption behavior. 41.43% had food consumption behavior at a moderate level. 2) Factors related to food consumption behavior of the sample group include: Attitudes in food consumption behavior Support from close people and receiving information at the statistical significance level of 0.05

Keywords: perceived stress, online learning, musculoskeletal disorders

¹Public Health Technical Officer (PROFESSIONAL Level), Thung Luang Sub-district Health Promoting Hospital E-mail : ssokms203@gmail.com

²Public Health Technical Officer (PROFESSIONAL Level), Thung Luang Sub-district Health Promoting Hospital E-mail : ssokms203@gmail.com

³Public Health Technical Officer (PROFESSIONAL Level), Thung Luang Sub-district Health Promoting Hospital E-mail : ssokms203@gmail.com

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของการมีสุขภาพดีด้านโภชนาการ เพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรไทย แต่ด้วยความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอาหารและโภชนาการและวิถีการดำเนินชีวิตของประชากรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี โดยกำหนดเป็นเป้าหมายที่สำคัญเพื่อดำเนินการ และมาตรการเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี (สำนักโภชนาการ, 2562) โดยการบริโภคในสภาวะและเหตุการณ์ของโลกในปัจจุบันนั้นมีการเปลี่ยนแปลงมากโดยเกิดขึ้นจากความหลากหลายของพฤติกรรมมนุษย์ที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (Celik, Ö. M., et.al, 2023)

ประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาเข้าสู่ในยุคอุตสาหกรรมจึงทำให้เกิดสภาวะการแข่งขันที่มากขึ้นในแต่ละองค์กร (Darakai, H., et.al, 2024) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยในปัจจุบันก็เช่นเดียวกันที่มีเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะเศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะค่านิยมการบริโภคอาหารแบบสังคมตะวันตก ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายที่ทำให้เกิดโรคทางโภชนาการ ปัญหาโภชนาการที่พบคือปัญหาทุพโภชนาการ ได้แก่ โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคคอพอกจากการขาดไอโอดีน และโรคขาดวิตามินที่จำเป็นต่อร่างกาย (จุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ, 2024). ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง และอิทธิพลของสื่อและโฆษณาต่าง ๆ ที่สร้างความรู้สึกหลงใหลชื่นชอบอาหารในรูปแบบใหม่ ๆ ประเภทอาหารขยะ (Junk food) และอาหารฟาสต์ฟู้ด (Fast food) ขนมนุ่ม ขนมหกรอบ จนกลายเป็นอาหารยอดนิยมของวัยรุ่นยุคใหม่ ประกอบกับสังคมปัจจุบันมีร้านจำหน่ายอาหาร ที่เปิดขายให้บริการกระจายทั่วไป เช่น ภัตตาคาร ห้างสรรพสินค้าและร้านสะดวกซื้อ เป็นต้น ส่วนใหญ่วัยรุ่นจะนิยมบริโภคอาหารประเภทแป้ง ไขมันและน้ำตาล เมื่อรับประทานบ่อย ๆ ในปริมาณมากจะสะสมในร่างกายจนเกิดเป็นไขมันสะสมมีพลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ ส่งผลกระทบให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคอ้วน โรคกระดูกพรุน โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Kulpavaropas, S., & Puathanawat, N., 2024).

จากปัญหาการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเป็นเรื่องที่สำคัญและควรเอาใจใส่อย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาบุคคลโดยเฉพาะเยาวชน วัยรุ่น นักเรียน นักศึกษา ซึ่งกลุ่มนี้จะเป็นกำลังและแรงงานสำคัญ ในการพัฒนาประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าต่อไป และเป็นช่วงที่มีการเรียนรู้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต แต่เนื่องจากสภาพสังคมและเศรษฐกิจปัจจุบัน รวมทั้งความเร่งรีบและการแข่งขันที่สูงทำให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนไป ที่ต้องพึ่งพาอาหารปรุงสำเร็จมากขึ้น อาหารเหล่านี้อาจประกอบขึ้นมาจากวิธีการปรุงที่ไม่ถูกสุขลักษณะ (วรวิมลแสงทอง และคณะ, 2566) อีกด้วยหากร่างกายได้รับสารอาหารที่ดีเพียงพอก็เป็นผลให้สุขภาพ

ดี แต่ในทางกลับกันหากรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์เกินความต้องการของร่างกาย นำไปสู่ปัญหาสุขภาพตามมาได้ ซึ่งปัจจุบันยังคงมีรายงานวิจัยที่พบว่า คนไทยยังคง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมทั้งประเภทและปริมาณ จึงมีผลกระทบต่อสุขภาพและก่อให้เกิดโรคที่กำลังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นๆ ของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นโรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น และพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องที่ยังเป็นปัญหา คือ การบริโภครสชาติหวาน มัน เค็มมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย (ณัฐกร รัตนถาวรกิติ, 2566)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นการกระทำของบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารซึ่งเกิดจากปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สนับสนุนหรือลดแรงจูงใจที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ที่เป็นแหล่งสนับสนุนหรือสิ่งขัดขวางการเกิดพฤติกรรม บริโภคอาหารและปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สถานการณ์ สภาพแวดล้อมสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลทำให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหาร ได้แก่ สื่อโฆษณา กลุ่มเพื่อน เป็นต้น (ElBarazi, A., & Tikamdas, R., 2023) จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาและสื่อบุคคล และความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ได้ร้อยละ 41.8 (Chatcharawan, M., et al, 2023 ; Kaewpawong, P., & Kusol, K. , 2024).)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา จังหวัดพิษณุโลก เนื่องจากเป็นโรงเรียนขนาดกลางและเป็นโรงเรียนอันดับต้นของจังหวัดพิษณุโลก มีนักเรียนประมาณสองพันคน โดยนักเรียนโรงเรียนพุทธชินราชพิทายามีนักเรียนชั้นกลางเป็นส่วนใหญ่ของนักเรียนทั้งหมด จึงเป็นสัญลักษณ์ของตัวแทนสังคมของจังหวัดพิษณุโลก โดยการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดการบริโภคอาหาร เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การกินผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอและการบริโภคอาหารที่ไม่สำเร็จรูป เพื่อให้กลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นสามารถเข้าใจ และรับรู้ ถึงอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา จังหวัดพิษณุโลก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา จังหวัดพิษณุโลก

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมการวิจัย ในมนุษยหมายเลขโครงการ: IRB: No.P2-0063/2567 ลงวันที่ 6 มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) จำนวนนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา จังหวัดพิษณุโลก ทั้งหมด 1,354 คน

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

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{e^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
 N = จำนวนประชากร เท่ากับ 1,354 คน
 σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.42
 (เสนอห์ ขุนแก้ว อลิษา ขุนแก้ว และ สัจจวรรณ จัตุระโทก, 2563)
 $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความ
 เชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96
 E = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาและค้นคว้าจากเอกสาร บทความ แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับชั้น รายได้ของผู้ปกครอง ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหาร พื้นที่อาศัย มีลักษณะแบบเลือกตอบและเติมลงในช่องว่างจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

2.1 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ เป็นลักษณะคำตอบให้เลือกใช่หรือไม่ใช่

2.2 ทักษะในการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงแหล่งอาหาร จำนวน 6 ข้อ เป็นลักษณะคำตอบให้เลือกใช่หรือไม่ใช่

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนโรงเรียนพุทธชินราชพิทยา จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จมาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหาความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิด ความเหมาะสมด้านภาษา เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายจากคะแนน จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยเครื่องมือได้ค่าความตรงที่ 0.97

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพิษณุโลกพิทยาคม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจข้อความของกลุ่มตัวอย่าง

(2.1) นำข้อมูลการวัดความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ทดสอบโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.95

(2.2) นำข้อมูลที่ได้ ไปหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Ceffcient) โดยค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.81-0.95

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนพุทธชินราชพิทยา เพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าทำการวิจัย

2.อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง และบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม

3.ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

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

2.สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics)

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

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.64 มีอายุ 14 ปี ร้อยละ 51.88 เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 66.95 รายได้เฉลี่ยของผู้ปกครอง/เดือน 10,000-16,000 บาท รองลงมา 28,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34.34 และ 23.43 ตามลำดับ มีค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหาร/เดือน 2,200-3,400 บาท รองลงมา 5,800 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.89 และ 18.83 ตามลำดับ พื้นที่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่เขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 62.35

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา จังหวัดพิษณุโลก

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.57 มีพฤติกรรมการบริโภค อาหารอยู่ในระดับต่ำ รองลงมาร้อยละ 41.43 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 34.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.96

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา จังหวัดพิษณุโลก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ทักษะคิดต่อเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ($r = .173^{**}$, $p\text{-value} \leq 0.007$) ทักษะคิดต่อผักและผลไม้ ($r = .285^{**}$, $p\text{-value} \leq 0.001$) ทักษะคิดต่ออาหารกึ่งสำเร็จรูป ($r = .187^{**}$, $p\text{-value} \leq 0.004$) ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($r = .308^{**}$, $p\text{-value} \leq 0.001$) แรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ($r = .307^{**}$, $p\text{-value} = 0.001$) และปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = .218^{**}$, $p\text{-value} = 0.001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา

	พฤติกรรม การบริโภค อาหาร	ทักษะคิดต่อ เครื่องดื่ม ที่มีรส หวาน	ทักษะคิด ต่อผักและ ผลไม้	ทักษะคิด ต่ออาหาร กึ่ง สำเร็จรูป	ทักษะคิดการ บริโภค อาหาร	แรงสนับสนุน จาก	ปัจจัย เสริม
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	1						
ทักษะคิดต่อเครื่องดื่มที่มีรสหวาน	.173*	1					
	.007						
ทักษะคิดต่อผักและผลไม้	.285**	.304**	1				
	.000	.000					
ทักษะคิดต่ออาหารกึ่งสำเร็จรูป	.187**	.314**	.173**	1			
	.004	.000	.007				
ทักษะคิดการบริโภคอาหาร	.308**	.720**	.732**	.683**	1		
	.000	.000	.000	.000			
แรงสนับสนุน	.307**	.344*	.404**	.146*	.423**	1	
	.000	.000	.000	.024	.000		
ปัจจัยเสริม	.218**	.346**	.290**	.321**	.402**	.797**	1
	.001	.000	.000	.000	.000	.000	

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

ค่าสหสัมพันธ์อีต้า (Eta) ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าเพศ ($r = 2.356$, $p\text{-value} = \leq 0.097$) ระดับชั้นที่ศึกษา ($r = 0.325$, $p\text{-value} = \leq 0.723$) และพื้นที่อาศัย ($r =$

0.401, $p\text{-value} = \leq 0.670$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธรินราชพิทยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสหสัมพันธ์อีต้า (Eta) ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธรินราชพิทยฯ

ปัจจัย	พฤติกรรม	F	p
	Eta		
เพศ	0.014	2.356	≤ 0.097
ระดับชั้นที่ศึกษา	0.052	0.325	≤ 0.723
พื้นที่อาศัย	0.058	0.401	≤ 0.670

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

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธรินราชพิทยฯ จังหวัดพิษณุโลก สามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ทักษะคติในพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยด้านทักษะคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธรินราชพิทยฯ จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่านักเรียนมีทักษะคิระดับปานกลาง สอดคล้องกับ อติชา สังขะทิพย์ และสุวลี โลวีกรณ(2560) พบว่า ส่วนใหญ่มีทักษะคติต่อการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้อยู่ในช่วงวัยศึกษาเช่นเดียวกัน รูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันในการเรียนรวมถึงสิ่งแวดล้อมและการเข้าถึงแหล่งร้านค้าอาหารในสถานศึกษา คล้ายกัน อาจส่งผลให้ทักษะคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความคล้ายคลึงกัน

2. ปัจจัยเสริมเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธรินราชพิทยฯ จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่านักเรียนมีแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ นรลักษณ์ เอื้อกิจ(2562) ปัจจัยเสริม คือ การได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาและการรับรู้จากสื่อบุคคล ซึ่งจะมีผล

โดยตรงต่อการบริโภคอาหารที่ทำให้เกิดน้ำหนักเกินเกณฑ์ พบว่า ปัจจัยเสริมและความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับต่ำ จึงควรมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งการส่งเสริมความรู้และการปรับทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร โดยใช้การสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ ให้มากขึ้น ทั้งจากบุคคล สื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ตและสื่อสิ่งพิมพ์ เพื่อให้เด็กนักเรียนมีสุขภาวะที่เหมาะสม ดียิ่งขึ้น

1.2 ควรมีการเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการรณรงค์ให้นักเรียนบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณอย่างต่อเนื่อง เพื่อสุขภาวะที่ดีในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และอุปสรรคปัญหาที่ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เพื่อการแก้ปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากขึ้น สามารถเข้าถึงปัญหาได้มากขึ้นเพื่อการแก้ไขปัญห สุขภาพและโภชนาการได้อย่างเหมาะสมผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวโดยปราศจากโรคภัยและความไม่สุขสบายต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียนพุทธชินราชพิทยา และ ผู้อำนวยการโรงเรียนพิษณุโลกพิทยาคม และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐธินิชา คงสมทรง, วสุนธรา รัตโนภาส. (2565). พฤติกรรมการบริโภคอาหาร : กรณีศึกษานักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. วารสาร มรภ.ภ.วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ และเทคโนโลยี,1(2)
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2562) การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชนตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี.วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย,12(1)
- นวรินทร์ พันธุ์ชัยภูมิ และพิษณุ อุดมมะเวทิน. (2563). พฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเวียงน้อยศึกษา จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย สาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น,14(1)
- นิโรสลิตา นิเลาะและคณะ.(2565). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่ม และภาวะโภชนาการของ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา,งานประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี เครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาภาคใต้ ครั้งที่ 7
- วิลาสินี หงสนันทน.(2563). การพัฒนาแบบสอบถามการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลของวัยรุ่นไทย.(วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต) : มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วสุนธรา รัตโนภาส.(2565). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในเขตพื้นที่ ตำบลคลองพิไกร อำเภอพราณกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร.วารสารวิจัยไร่พรรณณี, 16(1)
- สุวรรณา เชียงขุนทด และคณะ. (2566) ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16(2)
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ผักผลไม้สี่รู้ กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- เสนห์ ขุนแก้ว,อลิษา ขุนแก้ว,และสังวรรณ จัตตระโทก .(2563). ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.รูปแบบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดอุดรดิษฐ์: การวิเคราะห์ กลุ่มแฝง.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(3)
- จุฑามาศ แก้วจันดี, เบญญา ภาหลงชิน, และ รจรินทร์ สิทธิโสม (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศิลปศาสตร์ และ วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การ แพทย์และสุขภาพ, 9(2), 636-643.

- วรวิมลแสงทอง, สุชาดา นิ่มวัฒนากุล, วรณัฏฐ์ โพธารินทร์,ศุภรดา มั่นยืน และ อลิษา ขุนแก้ว,(2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อความรู้ด้านโภชนาการ และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของสามเณร จังหวัดสุรินทร์. Princess of Naradhiwas University Journal, 15(3).
- ณัฐกร รัตนถาวรกิติ (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประโยชน์ในการเลือกบริโภคอาหารเพื่อ สุขภาพจากกัญชาของผู้บริโภคชาวไทย. วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์, 25(2), 185-194.
- อดิชา สังขะทิพย์ และสุวดี โลวีรกรรม. 2560 พฤติกรรมการบริโภค อาหารและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในตำบลกุดปลาตุก จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 19(1)
- Celik, Ö. M., Ozyildirim, C., & Karacil Ermumcu, M. S. (2023). Evaluation of food insecurity and its association with food consumption and some variables among college students. Journal of Health, Population and Nutrition, 42(1), 90.
- Chatcharawan, M., Jaruporn, M., & Pongkaew, U. (2023). The influence of perceived value and gender on local food consumption intentions in the northeastern cluster of Thailand. Malaysian Journal of Nutrition, 29(2).
- Darakai, H., Noonil, N., & Aekwarangkoon, S. (2024). Nutritional Status and Food Consumption of Nursing Students in Southern Nursing College Network. Science, Technology, and Social Sciences Procedia, 2024(4), ICMH02-ICMH02.
- ElBarazi, A., & Tikamdas, R. (2023). Association between university student junk food consumption and mental health. Nutrition and Health, 02601060231151480.
- Kaewpawong, P., & Kusol, K. (2024). Relationship between Family Factors, Food Consumption Behaviors, and Nutritional Status among Muslim School-Age Students in Nakhon Si Thammarat Province, Thailand.
- Kulpavaropas, S., & Puathanawat, N. (2024). Unveiling Thai University Students' Perceptions of Plant-Based Foods: A Pathway to Promote Healthy Eating. Suan Sunandha Asian Social Science, 18(1), 85-99.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ อย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอกีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

เอกศิลา ปานศรี¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอกีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 325 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรู้ ใช้ค่า KR20 0.80 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.84, 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.0 มีอายุเฉลี่ย 55.01 ± 2.49 ปี มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.1 มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.9 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ($p < 0.001$, $\beta = 0.440$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.001$, $\beta = 0.402$) และทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ($p = 0.024$, $\beta = 0.096$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ได้ร้อยละ 45.2 การศึกษานี้ควรนำไปใช้ในการจัดโครงการอบรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม, ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ, ประชาชน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งหลวง E-mail : ssokms203@gmail.com

Factors Influencing the Preparation for Quality Aging Among the Population in Thung Luang Sub-district, Khiri Mat District, Sukhothai Province.

Akesila Pansree¹

Abstract

A Cross-sectional Descriptive Research to Study Factors Influencing Quality Aging Preparation among People in Thung Luang Subdistrict, Khiri Mat District, Sukhothai Province. The sample consisted of 325 people aged 50-59 years. The research instruments were knowledge questionnaires with KR20 of 0.80, and questionnaires on social support, attitudes, and preparation for aging with Cronbach's alpha reliability coefficients of 0.84, 0.82, and 0.86 respectively. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum, and stepwise multiple linear regression analysis.

The results showed that the majority of samples were female (68.0%), with a mean age of 55.01 ± 2.49 years. Social support was at a high level (95.1%), knowledge was at a high level (100.0%), and preparation for aging was at a high level (88.9%). Factors significantly influencing preparation for aging were knowledge about aging preparation ($p < 0.001$, $\beta = 0.440$), social support ($p < 0.001$, $\beta = 0.402$), and attitudes toward aging preparation ($p=0.024$, $\beta = 0.096$). These factors together could predict quality aging preparation among people by 45.2%. This study should be applied to organize continuous training programs for aging preparation.

Keyword : Preparation, Quality Aging, People

¹Public Health Technical Officer (PROFESSIONAL Level), Thung Luang Sub-district Health Promoting Hospital E-mail : ssokms203@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประเทศทั่วโลกต่างกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยได้เตรียมการจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ที่คาดว่าจะเห็นชัดเจนตั้งแต่ปีพ.ศ. 2568 เป็นต้นไป ดังนั้น รัฐบาลจึงจะต้องเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว บ่งชี้ว่าจำนวนเด็กเกิดในแต่ละปีลดลงอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อจำนวนวัยแรงงานที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุรุ่นต่อ ๆ ไปในอนาคตมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับต่อเนื่องเช่นเดียวกันซึ่งหน่วยงานต่าง ๆ คาดประมาณว่าในปี 2573 สถานการณ์จะยิ่งรุนแรงขึ้นโดยสตรีสูงอายุกว่าร้อยละ 60 จะมีบุตรที่มีชีวิตเพียง 2 คน หรือน้อยกว่าและจากการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ยังพบด้วยว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเป็นโสดและไม่มีบุตร หรือมีบุตรแต่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตร ซึ่งมักจะเกิดจากการที่บุตรหลานย้ายถิ่นไปทำงานหรือไปตั้งหลักแหล่งที่อื่นจากสถานการณ์และปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นจึงพบว่าอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ ปี 2560 ร้อยละ 25.3 ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 30.5 ในขณะที่ อัตราส่วนเกือหนุนลดลงจากร้อยละ 3.9 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 3.3 ในปี 2564 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มจะต้องดูแลตนเองมากขึ้น

การเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในชีวิตซึ่งต้องการการเตรียมความพร้อมที่ดีเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์และสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน สถานการณ์ของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ประชากรสูงอายุ (ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นจาก 1.1 พันล้านคนในปี 2019 เป็น 2.1 พันล้านคนภายในปี 2050 (WHO, 2021) สถานการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัย ในปี 2563-2567 พบว่า มีร้อยละของผู้สูงอายุ คือ ร้อยละ 24.37, 25.20, 25.89, 27.24 และ 28.99 ตามลำดับ สถานการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ในปี 2563-2567 พบว่า มีร้อยละของผู้สูงอายุ คือ ร้อยละ 23.6 24.2 24.8 26.3 และ 27.7 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ, 2567) แสดงให้เห็นถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว แนวโน้มนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการวางแผนและเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุส่งผลให้ชุมชนต้องเผชิญกับความท้าทายในด้านการดูแลสุขภาพ การจัดสวัสดิการสังคม และการสนับสนุนทางการเงิน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพและพึ่งพาตนเองได้ การวางแผนที่ดีเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีความสุข นอกจากนี้ แนวโน้มดังกล่าวยังส่งผลต่อโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมในท้องถิ่น ทำให้เกิดความต้องการในการพัฒนาบริการสุขภาพเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการ

ใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมนี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดภาระให้กับครอบครัวและสังคมโดยรวม แต่ยังเป็นโอกาสในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นให้สามารถปรับตัวและเติบโตได้อย่างมั่นคงในอนาคต

การเตรียมความพร้อมที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ ซึ่งรวมถึงทั้งด้านสุขภาพ การเงิน จิตใจ และสังคม โดยการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าสู่วัยสูงอายุ มีความจำเป็นเพื่อเป็นการวางแผนล่วงหน้าเตรียมตัวในการดำเนินชีวิตในยามที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมหลายด้าน โดยทั่วไปจะมุ่งเน้นที่การเตรียม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจ 2) ด้านร่างกาย 3) ด้านทรัพย์สิน 4) ด้านการใช้เวลาว่าง 5) ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัวและ 6) ด้านที่อยู่อาศัย (วรวรรณ ขาญด้วยวิทย์และยศ วัชรคุปต์, 2560) ผู้ที่มีการเตรียมตัวที่ดีจะสามารถใช้ชีวิตในวัยเกษียณได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็งและภักดี โพธิ์สิงห์, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อายุการทำงาน รายได้ต่อเดือน ลักษณะที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุความรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ และการรับรู้การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย, 2565)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจะช่วยให้เห็นภาพรวมของปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในชีวิตของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย เพื่อให้ความสำคัญในการพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนประชาชนให้มีการเตรียมความพร้อมที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางการเงิน และการเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมจะมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเตรียมความพร้อมอย่างมีคุณภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้สถานภาพทางการเงิน ภาระหนี้สิน ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง มีผลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย
2. แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยด้านอารมณ์และสังคมด้านการรับข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย
3. ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย
4. ทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อม ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง พฤศจิกายน 2567

ขอบเขตด้านพื้นที่ ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร บุคคลที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 1,197 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

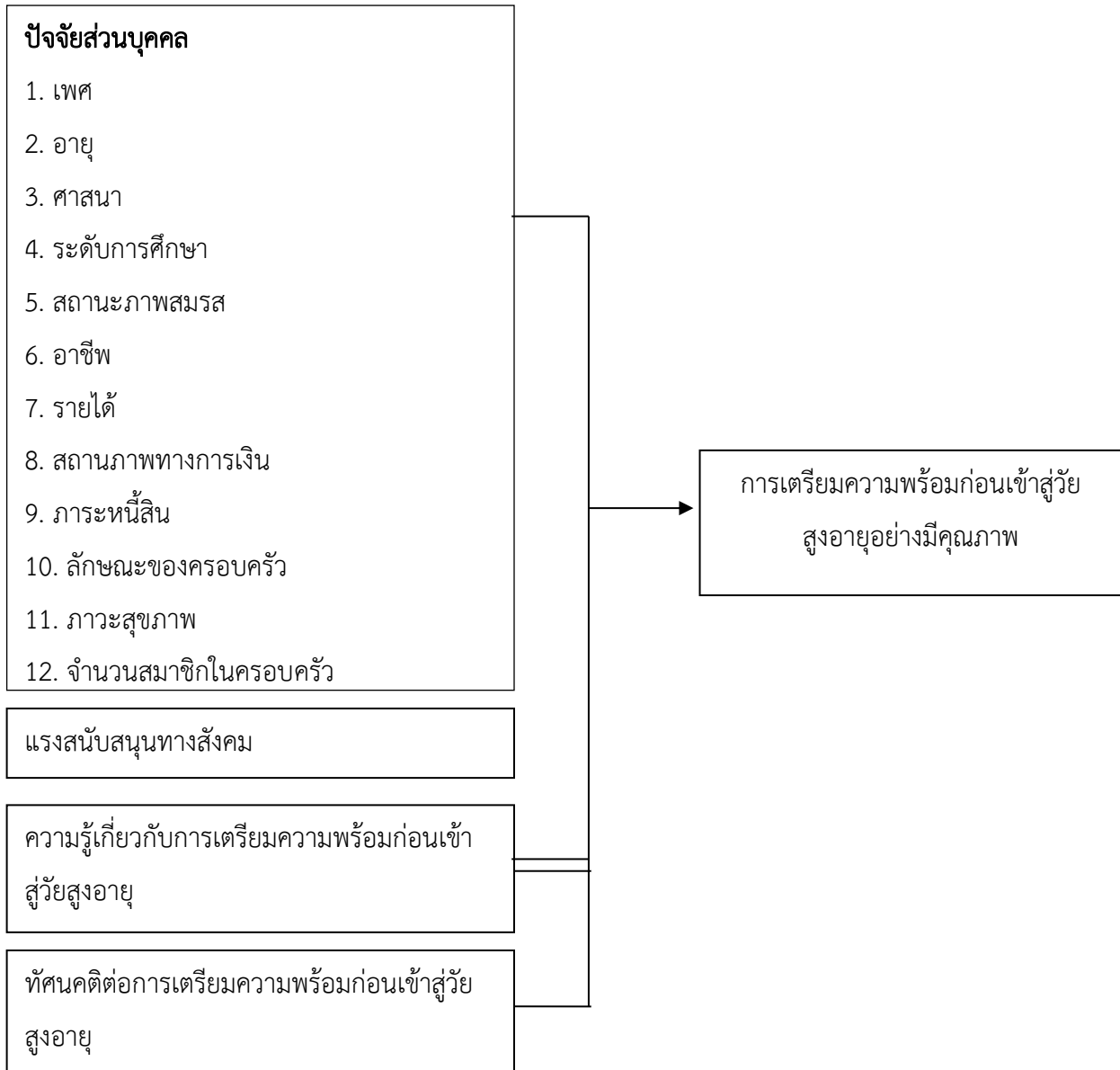
ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย สิงหาคม 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตุลาคม 2567 ถึง พฤศจิกายน 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอสิริมาศ จังหวัดสุโขทัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ตำบลทุ่งหลวง อำเภอสิริมาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 1,197 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปีที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และพักอาศัยอยู่ในตำบลทุ่งหลวง อำเภอสิริมาศ จังหวัดสุโขทัย ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ยินยอมให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เข้าสู่โครงการวิจัยโดยพิจารณาคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 1,197 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออก โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของประชาชนมาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อประชาชนอายุ 50-59 ปี ในพื้นที่ตำบลทุ่งหลวง อำเภอสิริมาศ จังหวัดสุโขทัย จนครบทุกรายหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 325 ราย

หลักเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และมีอายุระหว่าง 50-59 ปี
2. เป็นบุคคลที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. สามารถให้ข้อมูลแก่นักวิจัยได้

หลักเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ถึง 6 เดือน
2. ไม่เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ประกอบไปด้วยข้อ

คำถามเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัยประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน ภาระหนี้สิน ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง จำนวน 13 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามประเมินการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ประยุกต์มาจากแรงสนับสนุนทางสังคม (วิไลพร วงศ์คีรี, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และกนกพร สุคำวัง, 2556) ประกอบด้วย ด้านอารมณ์และสังคม ด้านการรับข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

ไม่ได้รับ	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องนั้น ๆ เลย
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องนั้น ๆ บางครั้ง
ทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องนั้น ๆ ทุกครั้ง

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน เป็นดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไม่ได้รับ	1 คะแนน	3 คะแนน
ได้รับน้อย	2 คะแนน	2 คะแนน
ได้รับมาก	3 คะแนน	1 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนรวมของแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบด้วยด้านสุขภาพ ด้านความมั่นคงในชีวิต และด้านสังคมและงานอดิเรก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูกผิด 2 ค่า

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบไม่ใช่	หมายถึง	ได้ 0 คะแนน
-----------	---------	-------------

ตอบใช่ หมายถึง ได้ 1 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนรวมของความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 4 ทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นแบบสอบถาม ที่ประเมิน ทักษะคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน เป็นดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	3 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	1 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนรวมของทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

ทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
ทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาวะ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงในชีวิตสูงอายุจำนวน 16 ข้อ เป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	3 คะแนน
บางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
เป็นประจำ	3 คะแนน	1 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนรวมของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในประชาชนที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ตำบลบ้านป้อม อำเภอกีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ ใช้ค่า KR20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ทศนติและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.84, 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสุโขทัย เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกีรีมาศ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้นำชุมชน และผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4) ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน ภาระหนี้สิน ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง โดยใช้สถิติจำนวน และร้อยละ กรณีเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด กรณีเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ

2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise)

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.70/2024 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.83/2024 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2567

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.0 มีอายุเฉลี่ย 55.01 ± 2.49 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 50 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.4 จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 69.2 รองลงมาจบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 18.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.3 มีรายได้เฉลี่ย $6,657.54 \pm 3,731.65$ บาทต่อเดือน สถานภาพทางการเงินเพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.1 มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 62.5 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 65.8 ภาวะสุขภาพไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.9 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.17 ± 1.71 คน มีที่อยู่เป็นของตนเอง ร้อยละ 96.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 32.0

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 325$)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (36 คะแนนขึ้นไป)	309	95.1
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (27-35 คะแนน)	16	4.9
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (ต่ำกว่า 27 คะแนน)	0	0
(Mean = 39.15 S.D. = 2.19, Median = 41.0, Min = 32.0, Max = 43.0)		

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.1 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 4.9 มีแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 39.15 ± 2.19 คะแนน (คะแนนเต็ม 45) ต่ำสุด 32 คะแนน สูงสุด 43 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 325$)

ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	308	94.8
ความรู้ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	17	5.2
ความรู้ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	0	0
(Mean = 17.47 S.D. = 1.32, Median = 17.0, Min = 13.0, Max = 20.0)		

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 5.2 มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเฉลี่ย 17.47 ± 1.32 คะแนน (คะแนนเต็ม 20) ต่ำสุด 13 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน

ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n = 325)

ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติระดับสูง (36 คะแนนขึ้นไป)	325	100.0
ทัศนคติระดับปานกลาง (27-35 คะแนน)	0	0
ทัศนคติระดับต่ำ (ต่ำกว่า 27 คะแนน)	0	0
(Mean = 44.90 S.D. = 0.39, Median = 45.0, Min = 43.0, Max = 45.0)		

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 มีทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเฉลี่ย 44.90 ± 0.39 คะแนน (คะแนนเต็ม 45) ต่ำสุด 43 คะแนน สูงสุด 45 คะแนน

ส่วนที่ 5 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n = 325)

การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
การเตรียมความพร้อมระดับสูง (39 คะแนนขึ้นไป)	289	88.9
การเตรียมความพร้อมระดับปานกลาง (29-38 คะแนน)	36	11.1
การเตรียมความพร้อมระดับต่ำ (ต่ำกว่า 29 คะแนน)	0	0
(Mean = 41.34 S.D. = 2.44, Median = 42.0, Min = 34.0, Max = 47.0)		

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.9 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 11.1 มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเฉลี่ย 41.34 ± 2.44 คะแนน (คะแนนเต็ม 48) ต่ำสุด 34 คะแนน สูงสุด 47 คะแนน

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตาราง 5 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย (n = 325)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	0.817	0.440	10.399	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.448	0.402	7.528	<0.001
ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	0.598	0.096	2.261	0.024

Constant (a) = 19.555 R Square = 0.452 Adjusted R Square = 0.444 F = 5.112

P = <0.05

จากตาราง 5 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ได้ทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ($p < 0.001$, $\beta = 0.440$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.001$, $\beta = 0.402$) และทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ($p = 0.024$, $\beta = 0.096$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ได้ร้อยละ 45.2 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน = $19.555 + (0.817) \text{ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ} + (0.448) \text{ แรงสนับสนุนทางสังคม} + (0.598) \text{ ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ}$

อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างอายุ 50-59 ปีส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับสูง กล่าวคือ ตำบลทุ่งหลวงเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชาชนยังคงมีความผูกพันทางสังคมสูง มีการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุจากเพื่อนบ้านและผู้สูงอายุในชุมชน รวมไปถึงมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งหลวงที่มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ช่วยกระจายข้อมูลข่าวสารและให้คำแนะนำแก่ประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของนเรศศักดิ์ แก้วห้วยและคณะ (2565) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากร อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุระดับมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของนฤนาท ยืนยงและคณะ (2567) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ของประชาชนวัยก่อนสูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของกริช เกียรติญาณและธณัฐา โรจนตระกูล (2564) ศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ทั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลทุ่งหลวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพจะเพิ่มขึ้น 0.817 หน่วย อาจเนื่องมาจากเมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่จะเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ จะทำให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤนาท ยืนยง และคณะ (2567) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชนวัยก่อนสูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของกริช เกียรติญาณและธณัฐา โรจนตระกูล (2564) ศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุมีผลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

แรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพจะเพิ่มขึ้น 0.448 หน่วย สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อประชาชนในตำบลทุ่งหลวงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่ดีขึ้นด้วย ทั้งนี้แรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแรง

กระตุ้นให้มีการเตรียมความพร้อมได้มากยิ่งขึ้น เนื่องจากการได้รับกำลังใจ คำแนะนำ และความช่วยเหลือจาก บุคคลรอบข้าง ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจในการวางแผนและเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์และคณะ (2564) ศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ของวัยทำงานตอนปลาย เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเตรียมความพร้อมสำหรับการ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และสอดคล้องกับงานวิจัยของวชากร นพนรินทร์ (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า แรง สนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัย สูงอายุอย่างมีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพจะเพิ่มขึ้น 0.598 หน่วย เนื่องจากบุคคลที่มี ทัศนคติที่ดีจะมีความตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนชีวิต และมีแนวโน้มที่จะแสวงหาความรู้และลงมือ ปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของวชากร นพนรินทร์ (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ อย่างมีคุณภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์และคณะ (2564) ศึกษาเรื่องการเตรียมความ พร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของวัยทำงานตอนปลาย เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ทัศนคติมีผลต่อการเตรียมความพร้อม สำหรับการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบล พุ่งหลวง อำเภอศรีมหาสาร จังหวัดสุโขทัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานะภาพ สมรส อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน ภาระหนี้สิน ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว และการมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ควรจัดทำโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความ พร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นเนื้อหาที่จำเป็น เช่น การดูแลสุขภาพ การออม การวางแผนชีวิต
2. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยจัดกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

3. ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมมุมมองเชิงบวกต่อการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ เช่น การพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการเตรียมตัว

เอกสารอ้างอิง

- กริช เกียรติญาณ และณัสนา โรจนตระกูล. (2564). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ตำบลวัดไทรย์อำเภอมะนังนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. *Journal of Modern Learning Development*, 6(2), 59-74.
- ชากร นพนรินทร์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอมะนัง จังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นฤนาท ยืนยง, พันธุ์ทิพย์ รามสูต และวันสรุา เชาวน์นิยม. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ ของประชาชนวัยก่อนสูงอายุ อำเภอมะนัง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(1), 108-121.
- นเรศศักดิ์ แก้วห้วย, สุปรียา แก้วสวัสดิ์, เรวดี เพชรศิราสน์ และจุฑารัตน์ สติรปัญญา. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุของประชากร อำเภอมะนัง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 172-185.
- วีไลพร วงศ์คินี, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมพลังของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์. (2560). ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์, วริยา บุญทอง และเสาวลักษณ์ ท้วมเจริญ. (2564). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุของวัยทำงานตอนปลาย เขตสุขภาพที่ 6. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(2), 218-227.
- ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัย. (2565). วาระผู้สูงอายุกับวาระวิจัยระบบสุขภาพ. *วารสารวิจัยระบบสุขภาพ*, 16(4), 419-420.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ. (2567). *รายงานประจำปี 2566*. สุโขทัย.

อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 17(2), 235-243.

Bloom. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.

Daniel. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons.

World Health Organization. (2021). *Active Aging: A policy framework*. เข้าถึงได้จาก
<https://iris.who.int/bitstream/handle>



ประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านต่อความดันโลหิต พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียม และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลบ้านตาก

ทศพล เต็มมีย์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านต่อระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดโซเดียม และความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 คน ติดตามผล 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดเกลือโซเดียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) และมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ($P\text{-value} = 0.03$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเช่นกัน ($P\text{-value} = 0.01$) ด้านระดับความดันโลหิต พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่ม

คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, ความร่วมมือในการใช้ยา, ลดโซเดียม

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก E-mail: thodsapont254@gmail.com

Effectiveness of Homeward system on blood pressure, dietary habits to reduce sodium intake and medical adherence in patients with uncontrolled hypertension. Ban Tak Hospital

Thodsapon Taeme¹

Abstract

This randomized controlled trial aimed to compare the effects of a home care system for hypertensive patients on blood pressure levels, dietary behaviors for sodium reduction, and medication adherence. The sample consisted of 56 patients with uncontrolled hypertension, randomly assigned to either an intervention group (n=28) or a control group (n=28), with a 12-week follow-up period. Results showed that within the intervention group, there were significant improvements in dietary behaviors for sodium reduction (P-value <0.05) and medication adherence (P-value=0.03) after receiving the program. The control group also showed improved medication adherence (P-value=0.01). Regarding blood pressure, both groups demonstrated significant reductions in systolic and diastolic blood pressure. Between-group comparison revealed significantly higher medication adherence in the intervention group compared to the control group (P-value<0.05). However, there were no significant differences between groups in dietary behavior scores and blood pressure levels.

Keywords: Homeward system, Medication adherence, Sodium reduction

¹Medical Physician Professional level, Ban Tak Hospital, E-mail: thodsapont254@gmail.com

บทนำ

ในแต่ละปีประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าสาเหตุอื่นๆ โดยหนึ่งในสามของการเสียชีวิตเกิดในประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา โรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะความดันโลหิตสูงนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มอัตราการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และกับอวัยวะอื่น กว่า 1.4 ล้านคนของประชากรโลกกำลังเผชิญปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและมีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทยพบว่าร้อยละของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้มีสัดส่วนลดลงจากปี พ.ศ.2557 จากร้อยละ 29.7 เป็นร้อยละ 22.6 ในปี พ.ศ.2563 และที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.1 เป็น 25 (กรมควบคุมโรค, 2567) อัตราตายจากโรคความดันโลหิตสูงยังคงเพิ่มสูงขึ้นจาก 13.07 เป็น 14.48 ต่อแสนประชากรจากปี พ.ศ.2560-2564 โดยสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2567) ทั้งนี้ความชุกของการมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายปัจจัยร่วมกัน ที่พบบ่อย 5 ปัจจัย คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันคอเลสเตอรอล การสูบบุหรี่เป็นประจำ และอ้วน (กรมควบคุมโรค, 2567) กว่าครึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกยังคงไม่ได้ตระหนักต่อภาวะสุขภาพนี้ ถึงแม้ว่าจะมีปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้นอกเหนือจากอายุที่มากขึ้นและพันธุกรรม การทานอาหารสุขภาพที่ปริมาณเกลือลดลง ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (World Health Organization, 2024) การทานอาหารสุขภาพที่ปริมาณเกลือลดลง พบว่าปัจจุบันสถานการณ์การบริโภคเกลือในระดับโลกและในประเทศไทย พบว่ามีการบริโภคอยู่ในระดับมากเกินไปที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ คือมากกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน (World Health Organization, 2012) (Intersalt Cooperative Research Group, 1988) (Ian J Brown, 2009) โดยเฉพาะในประเทศไทยพบว่าประชากรมีค่ามัธยฐานของปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวันถึง 2,995 มิลลิกรัมต่อวัน และบางการศึกษาสูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน (กรมควบคุมโรค, 2566) (กรมควบคุมโรค, 2559) (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2550) ทั้งนี้จาก Intersalt study (1988) ที่ศึกษาผลจากการบริโภคเกลือโซเดียมกับระดับความดันโลหิตจากการเก็บตัวอย่างโซเดียมในปัสสาวะ พบว่าปริมาณโซเดียมในปัสสาวะที่มากกว่า 100 มิลลิโมลมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกที่มากขึ้น ซึ่งหากสามารถลดบริโภคโซเดียมจากระดับสูงสู่ระดับปานกลางและต่ำ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสามารถลดลงมาได้ถึง 2.1 มม.ปรอทและ 4.6 มม.ปรอทตามลำดับ (Katherine T. et al, 2020) การทานยาลดระดับความดันโลหิตยังคงเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ (World Health Organization, 2023) พบว่าผู้ป่วยที่ยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีปัญหาเรื่องการใช้ยา เช่น เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิต ทำให้ทานยาไม่สม่ำเสมอและหยุดทานยาเอง (พัชรารักษ์ มีทรัพย์,

2564) ส่งผลทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในการรับประทานยาที่ไม่สอดคล้องตามคำแนะนำจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ โดยปัจจัยที่อื่น ๆ ที่ทำให้เกิดปัญหานี้เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ความสามารถทางปัญญา ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม (Burnier, M. et al, 2020) หลังจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ประชาชนอยู่ในภาวะที่ถูกจำกัดการออกนอกพื้นที่ ส่งผลให้การรับบริการทางสาธารณสุขที่เคยทำได้ประจักษ์ชัด ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามปกติ เช่น การเดินทางมารับยาโรคประจำตัว การรับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนหนึ่งทำให้ผลการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเปลี่ยนแปลงไป โดยสัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ลดลง (Gotanda, H. et al, 2022) ทั้งนี้มีการใช้โปรแกรมการจัดการความดันโลหิตสูงระยะไกล โดยใช้ Evidence-based clinical algorithm to optimize hypertensive treatment และมีสหวิชาชีพคอยติดตามระดับความดันโลหิตผ่านการโทรศัพท์ เพื่อให้เกิดการตรวจวัดระดับความดันโลหิตที่บ้านอย่างต่อเนื่องพบว่าสามารถทำให้ระดับความดันโลหิตสู่ค่าเป้าหมายได้จากร้อยละ 75 ก่อนการระบาดเป็นร้อยละ 94.6 หลังการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 (Lee, S. G et al, 2023) ภายหลังการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 มีการใช้รูปแบบการจัดการตนเองร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม การจัดการตนเองในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย การใช้เครื่องวัดความดันโลหิต และการวัดความดันโลหิตที่บ้านอย่างถูกต้อง การติดตามทางโทรศัพท์ พบว่าสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยามากขึ้น (Wiyathus, D et al, 2023) อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในอำเภอบ้านตากโดยในปี พ.ศ.2563-2566 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้น และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทั้งนี้สามารถควบคุมได้น้อยกว่าร้อยละ 60 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ รวมถึงอัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สามารถชะลอการลดลงของ eGFR ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย มีการอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในปี (HDC, 2024) จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหานี้ สาเหตุที่ผู้ป่วยยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากมีปัญหาในการทานยา เช่น ทานยาผิดวิธี และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ในการติดตามระดับความดันโลหิตที่บ้าน ติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหาร และติดตามการรับประทานยาลดความดันโลหิต เพื่อให้การดูแลรักษา ให้คำแนะนำผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมซึ่งจะสามารถช่วยลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนลดความพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล

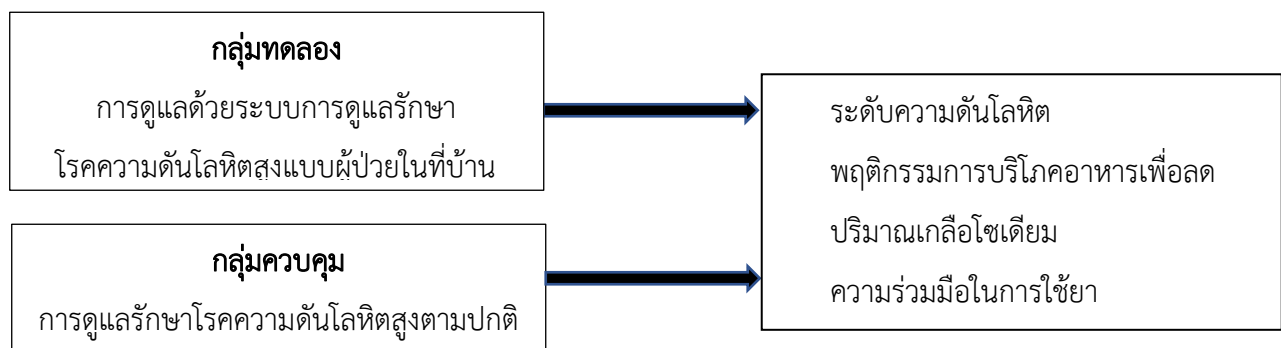
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการติดตามการรับประทานยาและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียม ด้วยระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านและกลุ่มที่ไม่ได้รับการติดตาม

สมมติฐาน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการติดตามการรับประทานยาและพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วยระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการติดตาม

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ที่วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35-79 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ซึ่งมารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านตาก

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือความร่วมมือในการใช้ยา จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันก่อนหน้านี้ นำมาแทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่มประชากรที่อิสระต่อกัน ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน ปรับ

ขนาดในกรณีนี้มีผู้ตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตามที่ร้อยละ 15 เป็นกลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลผ่านระบบการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนด

กลุ่มควบคุม ได้รับการให้สุขศึกษาและดำเนินการรักษาตามแบบแผนปกติ มีรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลรวมเวลา 12 สัปดาห์

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ อายุอยู่ในช่วง 35-79 ปี วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิโดยแพทย์ ความดันซิสโตลิกอยู่ในช่วง 140-179 มม.ปรอทและความดันไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 90-109 มม.ปรอท อย่างน้อย 2 ครั้ง ของการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงและเริ่มรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เข้าใจ สื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่านออก เขียนภาษาไทยได้ มีช่องทางติดต่อสื่อสาร เช่น โทรศัพท์หรือ Application LINE และยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่มีผลกระทบต่อระดับความดันโลหิต ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตโรคติดเชื้อ และโรคไตที่ระดับ serum creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 mg/dl และหรือ eGFR น้อยกว่า 60 ml/min.1.73 m² เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการวิจัย ย้ายที่อยู่ระหว่างดำเนินการวิจัย เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบกำหนด และขอถอนตัวออกจากการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้เลขสุ่มจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใส่ในซองปิดผนึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย คือ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การดื่มสุรา การชั่งน้ำหนัก ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียมเป็นแบบสอบถามทางบวกและทางลบจำนวน 16 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

3) การวัดความดันโลหิต ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอลที่ได้รับการสอบเทียบและตรวจสอบมาตรฐานโดยศูนย์เครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลบ้านตากและเป็นเครื่องเดิมใช้ในช่วงก่อนเข้าร่วมวิจัยและหลังเข้าร่วมวิจัย

4) แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย พัฒนาโดย กมลชนก จงวิไลเกษม และคณะ (2564) มีค่าความไว ร้อยละ 71.3 ความจำเพาะ ร้อยละ 69.10 ค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 61.02 และค่าพยากรณ์ทางลบ ร้อยละ 78.03

5) การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามระดับความดันโลหิตที่บ้าน สอบถามอุปสรรคในพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียมและความร่วมมือในการใช้ยา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ข้อคำถามแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียม มาจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) คือ 0.85 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คนใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ระบบการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงผ่านระบบการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้าน มีขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลผ่านระบบการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบบผู้ป่วยที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 1 วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียม และแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทยครั้งที่ 1 แจ้งกระบวนการในการติดตามระดับความดันโลหิตที่บ้านทุกวันในสัปดาห์ที่ 1 ร่วมกับการติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียม และความร่วมมือในการใช้ยา ผ่านระบบการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้าน (A-MED)

สัปดาห์ที่ 4 และ 8 ติดตามระดับความดันโลหิตโดยให้วัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน 7 วัน สอบถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียม ความร่วมมือในการใช้ยา ในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 4 และ 8 หากมีปัญหาหรืออุปสรรค จะให้คำแนะนำ และนัดวันเวลาในการพบกลุ่มทดลองครั้งถัดไปทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 12 วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียม และแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย ครั้งที่ 2 ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มควบคุม ได้สุศึกษาตามปกติ โดยผู้วิจัยดำเนินการ ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 1 วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียม และแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย ครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 12 วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียม และแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย ครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปคือ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ส่วนสูง น้ำหนัก และดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ระดับความดันโลหิต ณ สถานพยาบาล คำนวณแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียม และแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test และระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษานี้มีการใช้ค่า q-value ร่วมกับ p-value เนื่องจากการทดสอบทางสถิติหลายครั้งพร้อมกัน (multiple testing) เพื่อควบคุม False Discovery Rate โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ และ $q\text{-value} < 0.05$ การศึกษาเริ่มต้นมีผู้เข้าร่วมวิจัย 60 คน (กลุ่มละ 30 คน) และมีผู้ออกจากการศึกษาวิจัยกลุ่มละ 2 คน เนื่องจากไม่สามารถติดตามมาวัดความดันโลหิตและตอบแบบสอบถามได้ จึงเหลือกลุ่มละ 28 คน รวม 56 คน วิเคราะห์โดยใช้ Wilcoxon rank sum test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรกลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่า ด้านอายุพบว่ากลุ่มทดลองมีอายุมัธยฐาน 60 ปีและกลุ่มควบคุม 58 ปี เพศส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งสองกลุ่ม สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีคู่สมรส ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา อาชีพมีการกระจายตัวหลากหลาย ส่วนด้านรายได้พบว่ากลุ่มทดลองมีผู้ที่มีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บมากกว่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมสุขภาพทั้งการออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายและไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง แม้จะมีการกระจายตัวต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านดัชนีมวลกายพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนและอ้วนอันตราย ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โรคร่วม และการใช้ยา ได้แก่ ARB, ACEI, CCB, Beta blocker และ Alpha blocker ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม เมื่อพิจารณาจากค่า $p\text{-value} < 0.05$ และ $q\text{-value} < 0.05$ ไม่พบความแตกต่างกันของคุณลักษณะพื้นฐานระหว่างสองกลุ่ม

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดเกลือโซเดียมเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ทดลองวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดเกลือโซเดียมก่อนการทดลองเท่ากับ 43.00 ± 6.28 ขณะที่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 47.57 ± 4.82

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.08$ โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลองเท่ากับ 45.86 ± 5.24 ขณะที่หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 48.18 ± 4.32

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดปริมาณเกลือโซเดียมภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	Mean $\pm$ SD	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง (n=28)			
-ก่อนการทดลอง	43.00 $\pm$ 6.28	1.97, 7.17	<0.05
-หลังการทดลอง	47.57 $\pm$ 4.82		
กลุ่มควบคุม (n=28)			
-ก่อนการทดลอง	45.86 $\pm$ 5.24	0.33, 4.97	0.08
-หลังการทดลอง	48.18 $\pm$ 4.32		

ความร่วมมือในการใช้ยาเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่าค่ามัธยฐานหลังการทดลองคือ 40 คะแนน (IQR: 33.75-38.25) สูงวกาก่อนการทดลองคือ 37 (IQR :37.75-40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p- value = 0.03

แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทยก่อนและหลังการทดลองกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่าค่ามัธยฐานหลังการทดลองคือ 37 (Q1 = 34.75, Q3 = 38.25) คะแนน สูงวกาก่อนการทดลองคือ 34.50 (IQR: 30- 32.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p- value = 0.01

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	Median (IQR)	V	p-value
กลุ่มทดลอง (n=28)			
- ก่อนการทดลอง	37.00 (33.75-38.25)	252.00	0.03
- หลังการทดลอง	40.00 (37.75-40.00)		
กลุ่มควบคุม (n=28)			
- ก่อนการทดลอง	34.50 (30.00-32.21)	274.50	0.01
- หลังการทดลอง	37.00 (34.75-38.25)		

ระดับความดันโลหิตเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ความดันโลหิตซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 159.10 ± 10.54 มิลลิเมตรปรอท และลดลงเหลือ 141.40 ± 15.26 มิลลิเมตรปรอทภายหลังการทดลอง ที่ $p\text{-value}=0.004$ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความดันโลหิตไดแอสโตลิกค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 84.32 ± 11.67 มิลลิเมตรปรอท และลดลงเป็น 77.86 ± 11.35 มิลลิเมตรปรอทภายหลังการทดลอง ที่ $p\text{-value}$ เท่ากับ 0.04 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าความดันโลหิตซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 154.50 ± 9.44 มิลลิเมตรปรอท และลดลงเล็กน้อยเป็น 138.00 ± 15.26 มิลลิเมตรปรอทหลังการทดลอง ที่ $p\text{-value} = 0.002$ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 86.82 ± 14.25 มิลลิเมตรปรอท และลดลงเหลือ 79.93 ± 11.45 มิลลิเมตรปรอทหลังการทดลอง ที่ $p\text{-value} = 0.02$ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	Mean $\pm$ SD	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง (n=28)			
ความดันโลหิตซิสโตลิก			
- ก่อนการทดลอง	159.10 ± 10.54	10.33, 25.03	0.004
- หลังการทดลอง	141.40 ± 15.26		
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก			
- ก่อนการทดลอง	84.32 ± 11.67	0.27, 12.66	0.04
- หลังการทดลอง	77.86 ± 11.35		
กลุ่มควบคุม (n=28)			
ความดันโลหิตซิสโตลิก			
- ก่อนการทดลอง	154.50 ± 9.44	10.60, 22.25	0.002
- หลังการทดลอง	138.00 ± 15.26		
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก			

กลุ่มตัวอย่าง	Mean $\pm$ SD	95%CI	p-value
- ก่อนการทดลอง	86.82 $\pm$ 14.25	1.24, 12.54	0.02
- หลังการทดลอง	79.93 $\pm$ 11.45		

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดเกลือโซเดียมระหว่างกลุ่ม

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดเกลือโซเดียมก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.00 ± 6.28 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 45.86 ± 5.24 ที่ $p\text{-value} = 0.07$ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.57 ± 4.82 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.18 ± 4.32 ที่ $p\text{-value} = 0.62$ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่ม

แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U Test พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนมัธยฐาน 37 (IQR: 33.75-38.25) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าคะแนนมัธยฐาน 34.50 (IQR:30.00-32.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนมัธยฐาน 40 (IQR: 37.50-40.00) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าคะแนนมัธยฐาน 37 (IQR:34.50-38.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่ม

ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองความดันโลหิตซิสโตลิกในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 159.10 ± 10.54 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 154.50 ± 9.44 มิลลิเมตรปรอท ที่ $p\text{-value} = 0.09$ สำหรับความดันโลหิตไดแอสโตลิก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 84.32 ± 11.67 มิลลิเมตร ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 86.82 ± 14.25 มิลลิเมตรปรอท ที่ $p\text{-value} = 0.45$ สรุปได้ว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองพบว่าความดันโลหิตซิสโตลิก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 141.40 ± 15.26 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มควบคุมมี

ค่าเฉลี่ย 138.00 ± 15.26 มิลลิเมตรปรอท ที่ $p\text{-value} = 0.40$ สำหรับความดันโลหิตไดแอสโตลิก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 77.86 ± 11.35 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 79.93 ± 11.45 มิลลิเมตรปรอท ที่ $p\text{-value} = 0.50$ สรุปได้ว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความร่วมมือในการใช้ยา ระหว่างกลุ่ม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
ความดันโลหิตซิสโตลิก (Mean$\pm$SD)			
ก่อนการทดลอง	159.10 $\pm$ 10.54	154.50 $\pm$ 9.44	0.09
หลังการทดลอง	141.40 $\pm$ 15.26	138.00 $\pm$ 15.26	0.40
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Mean$\pm$SD)			
ก่อนการทดลอง	84.32 $\pm$ 11.67	86.82 $\pm$ 14.25	0.45
หลังการทดลอง	77.86 $\pm$ 11.35	79.93 $\pm$ 11.45	0.50
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Mean$\pm$SD)			
ก่อนการทดลอง	43.00 $\pm$ 6.28	45.86 $\pm$ 5.24	0.07
หลังการทดลอง	47.57 $\pm$ 4.82	48.18 $\pm$ 4.32	0.62
ความร่วมมือในการใช้ยา (Median, IQR)			
ก่อนการทดลอง	37.00 (33.75-38.25)	34.50 (30.00-32.21)	<0.05
หลังการทดลอง	40.00 (37.50-40.00)	37.00 (34.50-38.50)	<0.05

อภิปรายผล

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดเกลือโซเดียม

หลังจากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดเกลือโซเดียมสูงขึ้นก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนสูงขึ้นเล็กน้อย ($p\text{-value} = 0.08$) แต่เมื่อเทียบทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.07$) ซึ่งไม่เป็นไปตาม สมมติฐานของการทดลอง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการได้รับการดูแลที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีการให้คำปรึกษาเมื่อผู้ร่วมวิจัยมีปัญหาหรืออุปสรรค

สอดคล้องกับการศึกษาของ Kara K. Hoppe et al., (2023) ที่ติดตามให้คำปรึกษาและส่งเสริมการวัดความดันโลหิตที่บ้านแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุน้อยถึงแม้จะไม่สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ แต่พบว่าพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือโซเดียมกลับดีขึ้นที่ 6 เดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thatthong et al., ที่ให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยสื่อสารข้อความเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียมทางตรงกับผู้ป่วย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือโซเดียมลดลง (แปลผลจาก 24-h recall sodium) แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม การศึกษานี้จึงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดเกลือโซเดียมที่ไม่มากพอ เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนจากสังคม หรือการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมเพื่อลดการบริโภคโซเดียม เหล่านี้เป็นปัจจัยทั้งภายนอกและในที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทุม เมืองเป้ และวุฒิชัย จริยา (2565) ศึกษาระดับพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียม แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียม และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

ความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย

หลังการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทยสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (p -value=0.03) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนสูงขึ้นเช่นกัน (p -value = 0.01) และเมื่อเทียบทั้งสองกลุ่มแล้วมีความแตกต่างกัน (p -value < 0.05) ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานของการทดลอง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทยสูงกว่ากลุ่มควบคุม (p -value<0.05) ซึ่งเมื่อได้รับการติดตามความร่วมมือในการการใช้ยาอย่างต่อเนื่องยิ่งเพิ่มความร่วมมือมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Charoenwongsa, K et al., (2022) พบว่าการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทุก 2 สัปดาห์เป็นเวลา 3 เดือน สามารถเพิ่มคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญ (p < 0.001) และการศึกษาของ Chaiwan, W. et al., (2022) พบว่า กิจกรรมการโทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นจำนวน 3 สัปดาห์ใน 8 สัปดาห์ โดยการให้คำปรึกษาได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาอุปสรรคในการใช้ยาและจัดการด้วยตนเอง พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p <

0.004) ทั้งนี้กลุ่มควบคุมกลับมีคะแนนที่สูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการปรับวิธีใช้ยาที่เหมาะสมที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น

ระดับความดันโลหิต

หลังการศึกษาพบว่าภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงทั้งสองกลุ่ม ($p\text{-value}=0.004$, 0.04 และ $p\text{-value} = 0.002$, 0.02 ตามลำดับ) และเมื่อเทียบทั้งสองกลุ่มแล้วไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.40$ และ $p\text{-value} = 0.50$ ตามลำดับ) ซึ่งไม่เป็นไปตาม สมมติฐานของการทดลอง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการติดตามและให้คำปรึกษาในเรื่องพฤติกรรมลดบริโภคเกลือโซเดียมและความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ วชิรารัตน์ วรณศิริ และคณะ (2567) เรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกต่อพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีการติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านระบบโทรเวชกรรมและการเยี่ยมบ้านพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุก กลุ่มทดลองมีการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.0001$) ในด้านพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและการรับประทานอาหาร ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองในการศึกษานี้ แต่เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มกลับไม่พบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตทั้งสองกลุ่มคล้ายคลึงกับการศึกษานำร่องของ Jisook et al.; (2023) ที่นำระบบโทรเวชกรรมเป็นสื่อในการส่งเสริมให้ลดการบริโภคเกลือเพื่อหวังผลลดระดับความดันโลหิตเป็นเวลา 8 สัปดาห์พบว่าการบริโภคเกลือในกลุ่มทดลองและความดันโลหิตลดลงจริง แต่เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจสันนิษฐานได้ว่าในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงอย่างได้มาตรฐาน มีความตระหนักในการปรับพฤติกรรม ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งหน้าควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนมากขึ้นเพื่อให้สามารถทดสอบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ด้านระยะเวลาการศึกษา ควรขยายระยะเวลาการติดตามให้นานกว่า 12 สัปดาห์ เช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดบริโภคและการควบคุมความดันโลหิตต้องใช้เวลาและควรมีการติดตามระยะยาว (Long-term follow-up) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ ด้านการวัดผลลัพธ์ควรเพิ่มการวัดปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินการบริโภคโซเดียมที่แม่นยำมากขึ้น วัดคุณภาพชีวิตและ

ผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆ เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน การนอนโรงพยาบาล ด้านรูปแบบวิจัย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) เป็นรูปแบบบริการที่ใช้ในประเทศไทย ควรทำการศึกษาแบบพหุสถาบัน (Multi-center study) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ พัฒนาโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพิ่มกลยุทธ์การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในระยะยาว และผลกระทบจากปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลกระทบของระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจต่อการควบคุมความดันโลหิต และควรศึกษาปัจจัยที่เอื้อและอุปสรรคในการนำระบบไปใช้จริง ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพของการวิจัยในอนาคตและนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. (2021). Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Retrieved February 19, 2024, from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf>
- Department of Disease Control. (2020). NCD system V.1.2: Results of the 6th Thai National Health Examination Survey 2024. Retrieved February 21, 2024, from <http://ncd.ddc.moph.go.th/system/#/healthexam-list>
- Division of Non-Communicable Diseases. (2023). Number and mortality rate of 5 non-communicable diseases (2017-2021). Retrieved February 21, 2024, from <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/จำนวนและอัตราตายด้วย5โรคNCD25602564.xlsx>
- World Health Organization. (2023). Global report on hypertension: The race against a silent killer. Retrieved February 21, 2024, from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372896/9789240081062-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2012). Guideline: Sodium intake for adults and children. Retrieved February 22, 2024, from <https://iris.who.int/handle/10665/77985>
- Intersalt Cooperative Research Group. (1988). Intersalt: an international study of electrolyte

- excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. BMJ: British Medical Journal, 319-328.
- Brown, I. J., Tzoulaki, I., Candeias, V., & Elliott, P. (2009). Salt intakes around the world: implications for public health. *International journal of epidemiology*, 38(3), 791-813.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2556). รายงานผลการทบทวน รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิตด้วยการลดบริโภคเกลือ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, ภาณุตา วงษ์จินดา, และฐนิตา อภิชนกุลชัย. (2550). สถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประเทศไทย: การศึกษาเชิงปริมาณ. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223-237.
- พัชราภรณ์ มีทรัพย์. (2564). ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ของจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 4(2), 61-69
- Burnier, M., Polychronopoulou, E., & Wuerzner, G. (2020). Hypertension and drug adherence in the elderly. *Frontiers in cardiovascular medicine*, 7, 49.
- Gotanda, H., Liyanage-Don, N., Moran, A. E., Krousel-Wood, M., Green, J. B., Zhang, Y., & Nuckols, T. K. (2022). Changes in blood pressure outcomes among hypertensive individuals during the COVID-19 pandemic: a time series analysis in three US healthcare organizations. *Hypertension*, 79(12), 2733-2742.
- Lee, S. G., Blood, A. J., Cannon, C. P., Gordon, W. J., Nichols, H., Zelle, D., ... & Fisher, N. D. (2023). Remote cardiovascular hypertension program enhanced blood pressure control during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Heart Association*, 12(6), e027296.
- Wiyathus, D. ., Siripakmanont, T. ., & Synlapakitkosol , U. . (2023). Development of A Home

Blood Pressure Monitoring-Based Self-Management Model in Patients with Hypertension and Uncontrolled Blood Pressure. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 38(04), 387–399. <https://doi.org/10.60099/jtnmc.v38i04.265506>

กระทรวงสาธารณสุข. Health data center. [Online]. [cited 2024 Feb 24. Available from:

<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.

กมลชนก จงวิไลเกษม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2564). การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 13(1): 18-30.

Kara, K., Hoppe., Maureen, A., Smith., Jennifer, Birstler., KyungMann, Kim., Lisa, Sullivan-Vedder., Jamie, N., LaMantia., Megan, R., Knutson, Sinaise., Matthew, Swenson., Jennifer, T, Fink., Ryan, Haggart., Patrick, E., McBride., Diane, Lauver., Heather, M., Johnson. (2023). Effect of a Telephone Health Coaching Intervention on Hypertension Control in Young Adults. *JAMA network open*, 6(2):e2255618-e2255618. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.55618

Nipawan, Thatthong., Kitt, Sranacharoenpong., Panrawee, Praditsorn., Piyanit, Churak., Punnee, Ponprachanuvut., Nuttarat, Srisangwan., Arisa, Keeratichamroen. (2020). Innovative tool for health promotion for at-risk Thai people with hypertension. *Journal of Public Health*, 28(4):437-443. doi: 10.1007/S10389-019-01028-W

เมืองเป้ ป., & จริยา ว. (2023). Predictive Factors of Reducing Salt and Sodium Consumption Behavior among People with Risk of Hypertension in Nong Phai District, Phetchabun Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 32(1), 19–30. Retrieved from <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/13288>

Charoenwongsa, K., Wirojratana, V., & Wattanakitkrileart, D. (2022). The Effect of a Medication Adherence Promotion Program through the Line Application on Older Persons with Essential Hypertension. *Nursing Journal CMU*, 49(2), 313–325. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/257738>

Chaiwan, W., Narin, R., & Tuanrat, W. (2022). Effects of a Self-management Program on



Medication Adherence and Blood Pressure Level Among Persons with Hypertension in a Community. Nursing Journal CMU, 49(3), 218–232. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/256311>

วชิรรัตน์ วรรณศิริ, รณภูมิ สุรรันนา, & ชนิตา โอษคลัง. (2024). ผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุก ต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(5), 396-403.

Jisook, Ko., Kyung-Ae, An., Jing, Wang., Misook, L., Chung. (2023). Abstract P428: Evaluating a Personalized Low Sodium Diet Intervention for Blood Pressure Control in Hypertensive Patients: A Pilot Study. Circulation, 147(Suppl_1) doi: 10.1161/circ.147.suppl_1.p428



ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลเมืองศรีสะเกษ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย

อัมพร พรขยายกร¹, นิพนธ์ จิตอนุกุล²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลเมืองศรีสะเกษ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จำนวน 208 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของการจัดการระบบการดูแลระยะยาว และประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ การดูแลและช่วยเหลือทางการแพทย์ ($p\text{-value} = 0.009$, $\beta = 0.286$) นโยบายภาครัฐ ($p\text{-value} = 0.042$, $\beta = 0.236$) และการมีส่วนร่วมของชุมชน ($p\text{-value} = 0.045$, $\beta = 0.220$) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 17.7 ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เทศบาลเมืองศรีสะเกษ

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลุม E-mail : Weena2011@hotmail.com

Factors Influencing to Management Effectiveness of the Frail Elderly People Long – Term Care : A Case Study of the Elderly Living in Mueang Sisatchanalai Municipality, Sisatchanalai District, Sukhothai Province.

Amporn Pornchayakorn¹, Nipon Jitanukoon²

Abstract

The objective of this cross-sectional analytical research was to examine Factors Influencing to Management Effectiveness of the Frail Elderly People Long – Term Care : A Case Study of the Elderly Living in Sisatchanalai Municipality, Sisatchanalai District, Sukhothai Province. The samples were 208 selected by simple sampling including proportional and simple random techniques. The research instrument was questionnaires Management and Effectiveness of the Frail Elderly People Long – Term Care using coefficients Cronbach's Alpha with confidence values at 0.78, 0.80, 0.78, and 0.80, respectively. The statistical analysis was number, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum, and linear multiple regression analysis.

The results showed Factors Influencing to Management Effectiveness of the Frail Elderly People Long – Term Care medical care and assistance (p-value = 0.009, β = 0.286), government policy (p-value = 0.042, β = 0.236), and community participation (p-value = 0.045, β = 0.220) with a combined predictability of 17.7%. The results of this study can be used to enhance the efficiency and systematic management of the long-term care system for the dependent elderly.

Keyword : Frail Elderly People, Long – Term Care

¹ Professional Nurse (PROFESSIONAL Level), Mueang Sisatchanalai Municipality

² Professional Nurse (PROFESSIONAL Level), Ban Lum Sub-district Health Promotion Hospital E-mail : Weena2011@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงวัย (aged society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เมื่อสัดส่วนประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 10 และคาดว่าประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ทั้งนี้อัตราการขยายตัวของผู้สูงอายุของไทยเป็นไปในลักษณะเอกเช่นเดียวกับในประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายคือขยายตัวอย่างรวดเร็วอันเนื่องมาจากอานิสงส์ของการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมรวมถึงความก้าวหน้าทางวิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุข (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2561) การสูงวัยของประชากรอย่างรวดเร็วดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน ภาระเกื้อหนุนที่วัยแรงงานต้องแบกรับ บริการสุขภาพ และบริการด้านสังคมอื่นๆ เป็นต้น โดยภาระที่คนวัยทำงานต้องแบกรับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง กล่าวคือในปี พ.ศ. 2533 เรามีประชากรวัยแรงงาน 8.7 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน พอมาปี พ.ศ. 2553 เราเหลือวัยทำงาน 5.3 คนต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน และคาดว่าจะลดเหลือ 3.4, 2.2 และ 1.7 คน ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคนในปี พ.ศ. 2563, 2573, และ 2583 ตามลำดับ ภาวะสูงวัยร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป เช่น ออกกำลังกายลดลง มีภาวะอ้วน ภาวะความเครียด การเสพติด ฯลฯ ยิ่งเคียงคู่มากับการขยายตัวของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เส้นเลือดสมองแตก/ตีบ เส้นเลือดหัวใจตีบ เบาหวานความดัน ฯลฯ เป็นต้น ทั้งนี้ถ้าพิจารณาภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง 4 ชนิดที่กล่าวมารวมกันก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่าย องค์การอนามัยโลก ได้ออกรายงานโลกเรื่องการสูงวัยและสุขภาพ (Aging and Health) (WHO, 2015)

ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นการจัดบริการสาธารณสุข และบริการทางสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุหรือกลุ่มอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันจะมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูสภาพและบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์การเป็นมนุษย์ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือติดบ้านโดยบริการด้านสาธารณสุขมักเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การขับถ่ายและการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลตามความจำเป็น (เทศบาลเมืองศรีสะเกษ, 2565) ทั้งนี้การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายในการฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะ และความเป็นอยู่ด้านต่างๆ จำเป็นมีบริการที่หลากหลายที่บูรณาการ เชื่อมโยง และต่อเนื่อง มีเป้าหมายคือการฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะ (Functional ability) เป็นเป้าหมายของการดูแลระยะยาวมิใช่เพียงแค่การช่วยเหลือพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างเดียว เช่น การช่วยเหลือให้ไปไหนมาไหนได้ สร้างและรักษาความสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม เรียนรู้พัฒนาและตัดสินใจ และได้ทำอะไรให้แก่ชุมชน ขณะเดียวกัน

เป้าหมายในระดับชุมชนและสังคม ประกอบไปด้วยการมีบริการดูแลที่บ้านในชุมชนทุกพื้นที่ ระยะเวลาการรอคิวในการรับบริการควรสั้นที่สุด ผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมายควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ การบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ค่าใช้จ่ายในการรับบริการอยู่ในระดับที่จ่ายได้ และการบริการดูแลที่บ้านกระจายอย่างเป็นธรรม

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย พบว่า มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 111,694 คน คิดเป็นร้อยละ 26.17 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย) มีข้อมูลการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living ; ADL) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจำนวน 76,115 คน คิดเป็นร้อยละ 69.28 ผลการคัดกรอง พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.50 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.99 และเป็นกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.51 สัดส่วนจำนวนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุต่อจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CM : CG) พบว่า มีอัตราส่วน 1 : 4.6 คน โดย Care Manager มีจำนวนทั้งสิ้น 196 คน และ Caregiver จำนวน 908 คน สัดส่วนจำนวนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุต่อจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CM : CG) พบว่า อำเภอศรีสัชนาลัย มีอัตราส่วน 1: 3 ซึ่งต่ำกว่าระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2565)

เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย 2 ตำบลคือ ตำบลท่าชัย และตำบลศรีสัชนาลัย จากข้อมูลปี 2565 ประชากรของตำบลท่าชัยทั้งหมด 11,608 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 2,031 คน คิดเป็น 17.49 % แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 2,007 คน ติดบ้าน 19 คน ติดเตียง 5 คน ส่วนตำบลศรีสัชนาลัยมีประชากรทั้งหมด 5,275 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,094 คน คิดเป็น 20.73 % แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 1,085 คน ติดบ้าน 3 คน ติดเตียง 6 คน ทั้งนี้เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัยได้จัดตั้งผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager ; CM) ขึ้น โดยมี 3 คน และมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ; CG) จำนวน 9 คน เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัยมีบทบาทหลักในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคมมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ สวัสดิการเบี้ยยังชีพ การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การติดต่อบุคลากรเพื่อสนับสนุนกายอุปกรณ์การพัฒนาด้านอาชีพรายได้แก่ทั้งผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยงาน/องค์กร/ชมรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ และร่วมกำกับติดตามประเมินผลในการทำงานเพื่อเป้าหมายดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย, 2565) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มี

ผลต่อประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอสรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวเพื่อสามารถดำเนินงานส่งเสริมการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ของเทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอสรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ของเทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอสรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ของเทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอสรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอสรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ ศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอสรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองศรีสัชนาลัย อำเภอสรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย มาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี ทั้งสิ้น 412 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

- ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤศจิกายน 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

การจัดการ Long Term Care

- นโยบายภาครัฐ
- การดูแลและช่วยเหลือทางการแพทย์
- กิจกรรมทางศาสนา
- การมีส่วนร่วมของชุมชน
- การสนับสนุนและความผูกพันในครอบครัว



ตัวแปรตาม

ประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง
- ค่าใช้จ่ายของครอบครัว
- ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลศรีสะเกษและตำบลท่าชัย ได้แก่ นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอ ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager ; CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver; CG) แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย นักโภชนาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวม 412 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

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

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ให้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

N = ขนาดของประชากร (412 คน)

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

σ = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษา ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลนครนนทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลนครนนทบุรีเฉลี่ย 3.81 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 (ปวีณสุดา จันทุนิ, 2562)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 10 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนั้น ค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.026

Alpha (α) = 0.05

$$\text{จากสูตร} \quad n = \frac{412 \times (0.53^2) (1.96^2)}{[(0.053^2) (412-1)] + [(0.53^2)(1.96^2)]}$$

$n = 187$ คน

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 187 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น

$$\begin{aligned} n_{\text{adjusted}} &= n/1-r \\ &= 187/1-0.1 \\ &= 207.77 \end{aligned}$$

ดังนั้น ในการศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 208 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ของผู้ให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองศรีสขนาลัย อำเภอศรีสขนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของมาสุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อผู้ให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองศรีสขนาลัย อำเภอศรีสขนาลัย จังหวัดสุโขทัย รวมทั้งสิ้น 208 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำรา เอกสาร บทความ วิชาการ โดยศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาพักอาศัยอยู่ในชุมชน/ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน

2. แบบสอบถามการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ 5 หมายถึง พึ่งพิงใจมากที่สุด, 4 หมายถึง พึ่งพิงใจมาก, 3 หมายถึง พึ่งพิงใจปานกลาง 2 หมายถึง พึ่งพิงใจน้อย และ 1 หมายถึง ไม่พึ่งพิงใจ ประกอบด้วย ด้านนโยบาย ภาครัฐ จำนวน 4 ข้อ ด้านการดูแลและช่วยเหลือทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ ด้านกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 4 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 4 ข้อ ด้านการสนับสนุนและความผูกพันในครอบครัว จำนวน 4 ข้อ รวม 21 ข้อ การแปลความหมายคะแนนรวมระดับการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

- การจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (84 คะแนนขึ้นไป)
- การจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (63-83 คะแนน)
- การจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 63 คะแนน)

3. แบบสอบถามประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ 5 หมายถึง พึ่งพิงใจมากที่สุด, 4 หมายถึง พึ่งพิงใจมาก, 3 หมายถึง พึ่งพิงใจปานกลาง 2 หมายถึง พึ่งพิงใจน้อย และ 1 หมายถึง ไม่พึ่งพิงใจ ประกอบด้วย ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 5 ข้อ ด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ด้านความรู้ความเข้าใจตนเอง จำนวน 4 ข้อ รวม 13 ข้อ การแปลความหมายคะแนนรวมระดับประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

- ประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (52 คะแนนขึ้นไป)

- ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (39-51 คะแนน)
- ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 39 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67 หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในกลุ่มผู้ให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลเมืองสวรรคโลก อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ได้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลการจัดการ Long Term Care ประกอบด้วย นโยบายภาครัฐ การดูแลและช่วยเหลือทางการแพทย์ กิจกรรมทางศาสนา การมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนและความผูกพันในครอบครัว ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์ข้อมูลประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การพัฒนาคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และความรู้ความเข้าใจตนเอง จำนวน ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. 52/2022 เอกสารรับรองเลขที่ IRB No.57/2022 เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยอิสระ การยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตชุมชน การรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างในวันที่เริ่มเก็บข้อมูล เมื่อมีผู้สนใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.3 อายุเฉลี่ย 61.10 ± 13.12 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.2 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาพักอาศัยอยู่ในชุมชน/ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 การจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($n = 208$)

ประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาว ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับคะแนน		
	ระดับ	Mean	S.D.
1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง (เต็ม 25 คะแนน)	ปานกลาง (59.1%)	18.84	2.11
2. ค่าใช้จ่ายของครอบครัว (เต็ม 20 คะแนน)	สูง (61.1%)	16.03	2.22
3. ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เต็ม 20 คะแนน)	สูง (75.5%)	17.45	2.31
ประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาว ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (65คะแนน)	สูง (55.8%)	52.47	4.32

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.8 เฉลี่ย 52.47 ± 4.32 (เต็ม 65 คะแนน) เมื่อแยกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 เฉลี่ย 18.84 ± 2.11 (เต็ม 25 คะแนน) ค่าใช้จ่ายของครอบครัว ระดับสูง ร้อยละ 61.1 เฉลี่ย 16.03 ± 2.22 (เต็ม

20 คะแนน) ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 75.5 เฉลี่ย 17.45 ± 2.31 (เต็ม 20 คะแนน)

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 208)

การจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (น้อยกว่า 84 คะแนน)	168	80.8
ระดับปานกลาง (68-83 คะแนน)	40	19.2
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 63 คะแนน)	0	0
(Mean = 91.90 SD = 9.98, Median = 90.0, Min = 71.0, Max = 105.0)		

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 19.2 การจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 91.90 ± 9.98 คะแนน คะแนนต่ำสุด 71 คะแนน คะแนนสูงสุด 105 คะแนน (คะแนนเต็ม 105)

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 208)

ประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (52 คะแนนขึ้นไป)	116	55.8
ระดับปานกลาง (39-51 คะแนน)	92	44.2
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 39 คะแนน)	0	0
(Mean = 52.47 SD = 4.32, Median = 52.0, Min = 45.0, Max = 65.0)		

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.2 กลุ่มตัวอย่าง

มีความคิดเห็นต่อประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 52.47 ± 4.32 คะแนน
ต่ำสุด 45 คะแนน สูงสุด 65 คะแนน (คะแนนเต็ม 65 คะแนน)

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 208)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
การดูแลและช่วยเหลือทางการแพทย์	0.505	0.286	2.622	0.009
นโยบายภาครัฐ	0.482	0.236	2.043	0.042
การมีส่วนร่วมของชุมชน	0.355	0.220	1.987	0.045

Constant (a) = 32.907 R Square = 0.181 Adjusted R Square = 0.177 F = 29.948

P = <0.05

จากตาราง 4 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ การดูแลและช่วยเหลือทางการแพทย์ (p-value = 0.009, β = 0.286) นโยบายภาครัฐ (p-value = 0.042, β = 0.236) การมีส่วนร่วมของชุมชน (p-value = 0.045, β = 0.220) โดยสามารถร่วมกันทำนายประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 17.7 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

ประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง = $32.907 + 0.505$ (การดูแลและช่วยเหลือทางการแพทย์) + 0.482 (นโยบายภาครัฐ) + 0.355 (การมีส่วนร่วมของชุมชน)

อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย มีความคิดเห็นว่าประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษอยู่ในระดับดี ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่มีความสำคัญในระดับสูงที่เป็นสิ่งที่แสดงถึงประสิทธิผลการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การได้รับการดูแลจากผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และ

ประสบการณ์ เพื่อให้ได้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง การดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดี รวมถึงการสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เพราะส่งเสริมให้มีประสิทธิผลการดูแลที่ดีตามไปด้วย ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปวีณสุดา จันทุณีและฟ้าใน สามารถ (2562) พบว่า ประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลนครนนทบุรี อยู่ในระดับดี

ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลเมืองศรีสะเกษ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

การดูแลและช่วยเหลือทางการแพทย์ มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด เมื่อการดูแลและช่วยเหลือทางการแพทย์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาว จะเพิ่มขึ้น 0.505 หน่วย โดยจากผลการวิจัย พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปฏิบัติโดย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) และนักกายภาพบำบัด ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และพยาบาล มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการต้องการดูแลและช่วยเหลือทางการแพทย์สูง เพราะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และจากคู่มือการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า เกณฑ์การได้รับการบริการที่จำเป็นเพื่อให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การทำแผล การบริหารความปวด การให้ยา การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ การป้องกัน ฟื้นฟูสมรรถภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) สอดคล้องกับงานวิจัยของปวีณสุดา จันทุณีและฟ้าใน สามารถ (2562) ที่พบว่า การดูแลและช่วยเหลือทางการแพทย์ มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสอดคล้องกับงานวิจัยของนันทมน หรืออินทร์ (2564) พบว่า การจัดระบบดูแลช่วยเหลือในแต่ละพื้นที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

นโยบายภาครัฐ มีผลต่อประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อ นโยบายภาครัฐเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาว จะเพิ่มขึ้น 0.482 หน่วย จากผลการวิจัย พบว่า การมีนโยบายสาธารณะที่สำคัญและต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวมากที่สุด ทั้งนี้ความต่อเนื่องจะช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวได้มากที่สุด และทำให้ระบบมีความสมดุล ไม่ขาดช่วง และภาครัฐมีความจำเป็นต้องมีนโยบายที่ชัดเจน สนับสนุนการดำเนินงานของท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีระเบียบและแนวทางปฏิบัติที่มีความชัดเจน ท้องถิ่นต้องจัดให้มีกองทุนระดับท้องถิ่นในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวโดยบูรณาการด้านงบประมาณจากแหล่งต่างๆ และบูรณาการด้านบุคลากรสหวิชาชีพ เข้าไปร่วมดำเนินการอย่างยั่งยืน

สอดคล้องกับงานวิจัยของปวีณสุตา จันทน์และฟ้าใส สามารถ (2562) ที่พบว่า นโยบายภาครัฐมีผลต่อประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ทั้งนี้มีความต้องการให้มีระบบง่ายๆ ไม่ซับซ้อน โดยเฉพาะการผ่อนคลายเกี่ยวกับระเบียบต่างๆ ทั้งการเบิกจ่าย การจัดหาสิ่งสนับสนุน มีขั้นตอนการปฏิบัติต่างๆ โดยใช้คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เป็นต้น (ชัยยะ ปานันท์ และบุญมา สุนทราวิรัตน์, 2564)

การมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลต่อประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวจะเพิ่มขึ้น 0.355 หน่วย จากผลการวิจัย พบว่า การช่วยเหลือ การสนับสนุน ด้านงบประมาณของเทศบาลมีความจำเป็นต่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด โดยปัจจุบันงบประมาณส่วนหนึ่งเป็นงบอุดหนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การเบิกจ่ายงบประมาณขึ้นอยู่กับเกณฑ์การอนุมัติของ สปสช. ส่วนหนึ่งทำให้เทศบาลขาดอำนาจในการตัดสินใจ ในส่วนของการมีส่วนร่วมของชุมชน มองว่าการจัดกิจกรรมหรือโครงการที่สนับสนุนที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญต่อการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการจัดกิจกรรมจะทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ๆ และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เห็นความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การบริการทางสุขภาพที่บ้านของสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การส่งเสริมเบี้ยยังชีพ การเพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลข่าวสาร สอดคล้องกับงานวิจัยของปวีณสุตา จันทน์และฟ้าใส สามารถ (2562) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลต่อประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสอดคล้องกับงานวิจัยของชัยยะ ปานันท์ และบุญมา สุนทราวิรัตน์ (2564) ที่ค้นพบได้ว่า ผู้ดูแลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนมีความภาคภูมิใจในหน้าที่ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน รวมถึงสีหน้าและแววตาของผู้สูงอายุมีแววตาสีหน้าที่มีความสุข

ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนและความผูกพันในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของปวีณสุตา จันทน์และฟ้าใส สามารถ (2562) ที่พบว่า กิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนและความผูกพันในครอบครัวไม่มีผลต่อประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สรุปผลการวิจัย

ประสิทธิภาพการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษอยู่ในระดับดี โดยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของผู้ป่วยติดเตียงมีความสำคัญมากที่สุด ปัจจัยด้านการดูแลและ

ช่วยเหลือทางการแพทย์ มีประสิทธิภาพการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปฏิบัติโดย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) และนักกายภาพบำบัด ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และพยาบาล มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวมากที่สุด รองลงมาคือ นโยบายภาครัฐ ต้องนโยบายสาธารณะที่สำคัญและต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวมากที่สุด และการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลต่อประสิทธิภาพการจัดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยคำนึงถึง 3 ปัจจัย ได้แก่ การดูแลและช่วยเหลือทางการแพทย์ นโยบายภาครัฐ และการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ควรจัดเวทีแสดงความคิดเห็นและควรมีเกณฑ์หรือตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. ควรจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับชุมชนและครอบครัว เช่น การจัดตั้งศูนย์การดูแลระดับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2561). *รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2561 (1 ต.ค. 60 – 30 ก.ย. 61)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยยา ปานันท์ และบุญมา สุนทรวีรัตน์. (2564). ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : มุมมองผู้ให้บริการ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข, 30*(ฉบับเพิ่มเติม), 87-101.
- นัทธมน หรืออินทร์. (2564). การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนด้วยกระบวนการ care management : กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17*(3), 85-93.
- ปวีณสุดา จันทุณี และฟ้าใส สามารถ. (2562). ประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเทศบาลนครนนทบุรี. *ประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ครั้งที่ 4*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2559*. กรุงเทพฯ.



Daniel. (1995). *The Relevance of the CIPP Evaluation Model for Educational Accountability*.

Atlantic City: N.J.

World Health Organization. (2015). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage*. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.



ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อความเสี่ยงภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง

กนกพร อัมขัญญ์¹, ชลดา ดั่งบ้านยาง², ธนัช กนกเทศ³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงภาวะสมาธิสั้นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตามความรับรู้ของผู้ปกครอง โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากผู้ปกครองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนพุทธชินราชพิทยา จำนวน 382 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC= 0.89 และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) และ Cronbrach's Alpha Coefficient อยู่ระหว่าง 0.81-0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (Pearson product-moment correlation coefficient) และ Eta (Eta Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงภาวะสมาธิสั้น ในระดับต่ำ ร้อยละ 65.70 และรองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.30 2) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อาชีพ การอาศัยอยู่กับบุคคล ระยะเวลาการใช้สื่อ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น มัธยมศึกษาศึกษาตอนต้น นักเรียน

¹ สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³ สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Factors that affect the risk of Attention deficit hyperactivity disorder in Junior high school students. A case study of a school in lower northern region, Thailand

KanokPhon Aimkhwan¹, Chonlada duangbanyang², Thanach Kanokthet³

Abstract

The following is a description of the research conducted in this study. The purpose of this study was to determine the Risk factors affecting Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in middle school students According to the perception of parents. The study was conducted on a sample of 382 parents of lower secondary school students at Budhachinnaraj Pittaya School. The instrument used to collect data for this research was a questionnaire regarding factors affecting attention deficit hyperactivity disorder among secondary school students. content validity check with an IOC = 0.89 and checked for reliability with Kuder-Richardson 20 (KR-20) and Cronbrach's Alpha Coefficient between 0.81-0.93. Analyze the data as well. Frequency distribution values, percentage, average, maximum, minimum, standard deviation and Used to analyze the relationship (Pearson product-moment correlation coefficient) and Eta (Eta Correlation Coefficient).

The results of the research were as follows: 1) Most of the sample had ADHD, 65.70%, at a low level, followed by 34.30% at a moderate level. 2) Variables that are related to ADHD in middle school students include personal factors, including gender, occupation, and living with people. Media usage time, Family and environmental factors are related to ADHD in middle school students. Statistically significant at the 0.05 level.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder risk, secondary school, student

¹ Public Health Expert, Phayaman Subdistrict Health Promotion Hospital, Phichai District, Uttaradit Province. Email : jnnp143@gmail.com

² Public Health Expert, Phayaman Subdistrict Health Promotion Hospital, Phichai District, Uttaradit Province. Email : jnnp143@gmail.com

³ Public Health Expert, Phayaman Subdistrict Health Promotion Hospital, Phichai District, Uttaradit Province. Email : jnnp143@gmail.com

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorders, ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็ก เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองทำให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมที่มีภาวะสมาธิบกพร่อง และมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมอารมณ์ การเรียน การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับเพื่อน บุคคลทั่วไปหรือการเข้าสังคม รวมไปถึงการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมที่แสดงออกซ้ำๆ ที่ไม่เหมาะสมกับอายุและระดับพัฒนาการ มีลักษณะอาการเฉพาะ 3 ประการ คือ 1) อาการซุกซนอยู่ไม่นิ่ง 2) อาการหุนหันพลันแล่น 3) ไม่มีสมาธิ (Sirirutraykha, 2565) ในประเทศไทยเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 เป็นโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 8.1 ซึ่งสามารถประมาณการได้ว่าจะมีเด็กช่วงอายุ 7-11 ปีดังกล่าว ป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นถึง 1 ล้านคน และมักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง ในอัตราส่วน 3:1 หากไม่ได้รับการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้อง ส่งผลให้เด็กไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน มีปัญหาด้านการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น เป็นต้น (Rajanagarindra Institute of Child Development, 2017)

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้มากในเด็กวัยเรียนและเป็นอุปสรรคต่อการเรียนของเด็กมาก เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักจะขาดทักษะหลายอย่างที่เด็กอื่นๆ มี เช่น การควบคุมตนเอง การคิดก่อนทำ การยับยั้งชั่งใจตนเอง ความรับผิดชอบ การบริหารเวลา และการมีวินัย การช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นนั้น นอกจากแพทย์จะให้ยา กินเพื่อให้มีสมาธิในการเรียนแล้ว และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น เช่น ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ การแสดงออกทางสังคม อาการซุกซนอยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และไม่มีสมาธิหรืออาการขาดสมาธิ การแสดงออกทางอารมณ์โกรธและบกพร่องทางการสื่อสาร จากการศึกษาที่เด็กไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ออกมา รวมถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง ไม่สนใจ ไม่มีระเบียบวินัย พ่อแม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอารมณ์ไม่มั่นคง เด็กจะเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมา ตลอดทั้งพ่อแม่ไม่เข้าใจเรื่องการดูแลและการปรับพฤติกรรม ที่ถูกต้องขาดระเบียบวินัย เป็นต้น (ธนิดา ที่ปะปาลและคณะ, 2565)

การสื่อสารข้อมูลในยุคปัจจุบันมีการนำอินเทอร์เน็ตเข้ามาใช้กันอย่างแพร่หลายจนเกิด เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่มีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยก้าวหน้าการเชื่อมต่อโลกโดยไม่มีอุปสรรคทั้งด้านเวลาและระยะทาง และมีจำนวนประชากรโลกอยู่ที่ 8.01 พันล้านคน และอาศัยอยู่ในเมือง 57.2% ถือว่าเกินครึ่ง มีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์มือถือ 5.44 พันล้านคน คิดเป็น 68% โดยเพิ่มขึ้น 3.2% จากปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตปัจจุบันอยู่ที่ 5.16 พันล้านคน คิดเป็น 64.4% ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว 1.9% เท่านั้น ผู้ใช้งานโซเชียลมีเดียทั่วโลกมี 4.76 พันล้านคน คิดเป็น 59.4% ของประชากรโลก ในประเทศไทยปี 2556-2564 มีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นจาก 52.5 ล้านคน หรือคิดเป็น 79.3% เป็น 66.2 ล้านคน เพิ่มขึ้นปีละ 3.6 ล้านคน โดยเฉลี่ย

แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันประชากรไทยมีการใช้งานอินเทอร์เน็ตกันอย่างแพร่หลาย และมีแนวโน้มของผู้ใช้ อินเทอร์เน็ตที่เพิ่มขึ้น ในปี2565 โดยภาพรวมคนไทยใช้เวลาในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตเฉลี่ยอยู่ที่ 7 ชั่วโมง 4 นาที ต่อวัน โดยกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุด คือ Gen Y (ช่วงอายุ 22-41 ปี) อยู่ที่ 8 ชั่วโมง 55 นาทีต่อวัน ในขณะที่ Gen Z (อายุน้อยกว่า 22 ปี) ซึ่งเคยเป็น เจนเนอเรชันที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดในปี2564 มาในปีนี้ Gen Z ใช้ อินเทอร์เน็ตน้อยกว่า Gen Y โดยใช้เวลาในการออนไลน์อยู่ที่ 8 ชั่วโมง 24 นาทีต่อวัน (สำนักงานพัฒนาธุรกรรม ทางอิเล็กทรอนิกส์, 2565)

จังหวัดพิษณุโลก เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา โดยมีสถานศึกษาในระดับมัธยมศึกษา หลายแห่งที่เป็นแหล่งรวมเยาวชนทั้งในและนอกพื้นที่เข้ามาศึกษา และใช้ชีวิต จำนวนมาก โดยปัจจัยกำหนดทาง สังคมต่าง ๆ นั้นได้ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมาธิสั้น ซึ่งภาวะสมาธิสั้น จะส่งผลเสียต่อการเรียน การทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งมีปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้น ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อนำผลวิจัยและ ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัยมาใช้เป็นแนวทางป้องกันการเกิดภาวะสมาธิสั้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพิษณุโลกของ ภาคเหนือตอนล่าง ตามความรับรู้ของผู้ปกครอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสมาธิสั้นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพิษณุโลกของภาคเหนือตอนล่าง ตามความรับรู้ของผู้ปกครอง

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์หมายเลขโครงการ: IRB: No.P2-0059/2567 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2567

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนและผู้ปกครองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของ โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา ในจังหวัดพิษณุโลกของภาคเหนือตอนล่าง จำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปี 1-3 และ จำนวนผู้ปกครองของนักเรียนทั้งหมด 1,354 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยจำนวนนักเรียนทั้งหมด 112 คน และจำนวนผู้ปกครองของนักเรียนทั้งหมด 112 คน ซึ่งได้สูตรคำนวณจากสูตร (Finite Population Mean) เป็นการประมาณค่าสัดส่วนเนื่องจากทราบจำนวนประชากรดังนี้ ซึ่งคำนวณได้สูตรของ Wayne.W.D (1995) ซึ่งได้คำนวณจากสูตร

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

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากรเท่ากับ 1354 คน

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 มีค่าเท่ากับ 1.96

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพภาวะสมาธิสั้น เท่ากับ 0.282 (ธนศักดิ์ จันทสิทธิ์ และคณะ, 2562)

e = ค่าความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.05

$$n = \frac{413.646185}{3.6879994}$$

$$n=112$$

เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการใช้สถิติ (Pearson product-moment correlation coefficient) และ (Eta Correlation Coefficient) แต่เพื่อความสมบูรณ์ของวิจัยจึงเก็บตัวแปรเพิ่มในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียน จำนวน 382 คน และผู้ปกครองของนักเรียน จำนวน 382 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ จบการศึกษา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนเด็กในความดูแล เลือกตอบ (Check List) และให้เติมข้อความจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา นักเรียนอาศัยอยู่กับใคร ประวัติการเรียน(เคยถูกครูทำโทษ เคยเรียนซ้ำชั้น เคยครูเรียกพบผู้ปกครอง ไม่พบปัญหา) มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ(Check List) ให้เติมข้อความจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว โดยลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความใกล้ชิดในครอบครัวการรับรู้ถึงความดูแลเอาใจใส่ ความพึงพอใจในสัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ถึงความรักและความเอาใจใส่ จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้ตอบโดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ(Rating Scale) ประกอบด้วย เป็นประจำ บ่อย บางครั้ง น้อยครั้ง ไม่เคย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเสพสื่อสังคมออนไลน์ ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ มีการแบ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยพบการศึกษาว่าการที่เด็กใช้สื่อสังคมออนไลน์ นานเฉลี่ยมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน มีผลกระทบทางด้านร่างกายและความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น (ขวัญจิต เพ็งแป้น, 2560; บุณฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทวันเพ็ญและธารินทร์ เพ็ญวรรณ, 2562)

กลุ่มที่ไม่ติดพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์	0 - 12 คะแนน
กลุ่มคลั่งไคล้	13 - 24 คะแนน
กลุ่มติดสื่อสังคมออนไลน์	25 - 36 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะสมาธิสั้น ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินอาการสมาธิสั้น จาก ฌ์ทร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ(2557) จำนวน 26 ข้อแบ่งเป็นด้าน สมาธิสั้น 9 ข้อด้านนอนไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น 9 ข้อ, ด้านดื้อ/ต่อต้าน 8 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ระดับไม่เลย ระดับเล็กน้อย ระดับค่อนข้างมาก ระดับมาก ทุกข้อให้เลือกเพียง

คะแนนรวม	ข้อ 1-9	ได้ 16 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงของอาการขาดสมาธิ
คะแนนรวม	ข้อ 10-18	ได้ 13 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงของอาการนอนไม่นิ่งหุนหันพลันแล่น
คะแนนรวม	ข้อ 19-26	ได้ 15 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงของอาการดื้อ

หากค่าคะแนนพฤติกรรมมากกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์ที่กำหนดมากกว่า 1 ด้าน แปลผลว่า มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จมาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหาความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิด ความเหมาะสมด้านภาษา เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายจากคะแนน จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยเครื่องมือได้ค่าความตรงที่ 0.67-1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุง แก้ไขตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอุดมเจริญ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจข้อคำถามของกลุ่มตัวอย่าง

(2.1) นำข้อมูลการวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสมาริสน์ของนักเรียนมัธยม ศึกษาตอนต้น ไปทดสอบโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.95

(2.2) นำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Ceffcient) โดยค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.71-0.95

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

- 1.ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนพุทธชินราชวิทยา เพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าทำการวิจัย
- 2.อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วย

ตัวเอง และบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม

- 3.ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1.สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

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

- 2.สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment Correlation Coefficient) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา(Eta Coefficient) ในตัวแปรอิสระที่มีระดับการวัดเป็น nominal scale

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1) กลุ่มนักเรียน ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 61.8 มีอายุ 14 ปี ร้อยละ 55.80 รองลงมา อายุ 15 ปี ร้อยละ 31.70 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 85.90 รองลงมา ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 7.60 สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรส ร้อยละ 53.10 รองลงมา สถานภาพสมรส

ของบิดามารดาหย่าร้าง ร้อยละ 29.10 นักเรียนอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 58.10 รองลงมา นักเรียนอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา ร้อยละ 24.30 ประวัติการเรียนไม่พบปัญหา ร้อยละ 53.90 และ รองลงมา เคยถูกรุทำโทษ ร้อยละ 38.20

1.2) กลุ่มผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.70 มีอายุช่วง 41–50 ปี ร้อยละ 39.30 รองลงมา ช่วงอายุไม่เกิน 40 ปี ร้อยละ 30.60 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.4 อาชีพค้าขาย 18.80 สถานภาพสมรส ร้อยละ 51.30 หย่าร้าง ร้อยละ 29.30 รายได้ในช่วง 10,000-15,000 ร้อยละ 47.10 รองลงมา รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 22.00 ความสัมพันธ์กับเด็กคือบิดาหรือมารดา ร้อยละ 84.00 รองลงมา ความสัมพันธ์ปู่ย่าตายาย ร้อยละ 15.20 และ จำนวนเด็กในความดูแล 2 คน ร้อยละ 48.70 รองลงมา จำนวนเด็กในความดูแล 1 คน ร้อยละ 30.90

1.3) ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.40 มีระดับความสัมพันธ์ในครอบครัวดี รองลงมา ร้อยละ 35.10 มีระดับความสัมพันธ์ในครอบครัวปานกลาง และ ร้อยละ 0.50 มีระดับความสัมพันธ์ในครอบครัวต่ำ

1.4) ปัจจัยด้านด้านสิ่งแวดล้อมพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.30 มีระดับคลั่งไคล้ รองลงมา ร้อยละ 29.30 ระดับที่ไม่ติดสื่อบางอย่างออนไลน์ และ ร้อยละ 9.40 ระดับติดสื่อบางอย่างออนไลน์

2. ความเสี่ยงต่อภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา จังหวัดพิษณุโลก

ผลการวิเคราะห์แบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (โดยผู้ปกครองของนักเรียน) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.70 มีความเสี่ยงในระดับต่ำ และรองลงมา ร้อยละ 34.30 มีความเสี่ยงในระดับปานกลาง

3. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยา จังหวัดพิษณุโลก

3.1) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ($r = -0.175^{**}$, $p\text{-value} \leq 0.001$) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ($r = 0.279^{**}$, $p\text{-value} \leq 0.000$) มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยาล จังหวัดพิษณุโลก

		ภาวะสมาธิสั้น	อายุของผู้ปกครอง	อายุของนักเรียน	ปัจจัยด้านครอบครัว	ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม
ภาวะสมาธิสั้น	Pearson Correlation	1				
	Sig. (2-tailed)					
อายุของผู้ปกครอง	Pearson Correlation	-.008	1			
	Sig. (2-tailed)	.869				
อายุของนักเรียน	Pearson Correlation	.097	.010	1		
	Sig. (2-tailed)	.058	.841			
ปัจจัยด้านครอบครัว	Pearson Correlation	-.175**	.057	-.052	1	
	Sig. (2-tailed)	.001	.266	.306		
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	Pearson Correlation	.279**	-.004	.037	-.047	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.934	.469	.365	

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

3.2) ค่าสหสัมพันธ์อีต้า (Eta) ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทางสถิติอีต้า พบว่า เพศ อาชีพ นักเรียนอาศัยอยู่กับใคร ระยะเวลาการใช้สื่อ P-value เท่ากับ (0.018, 0.007, 0.030, 0.034 ตามลำดับ) มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสหสัมพันธ์อีต้า (Eta) ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพุทธชินราชพิทยาล จังหวัดพิษณุโลก

ปัจจัย	ความเสี่ยง	F	p
	Eta		
เพศ	0.121	5.611	0.018
อาชีพ	0.243	2.589	0.007
บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย	0.153	3.026	0.030
ระยะเวลาการใช้สื่อ	0.109	4.532	0.034

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

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง สามารถนำมาอภิปราย ผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.007$) อธิบายได้ว่า อาชีพของผู้ปกครองบางกลุ่ม เช่น รับราชการจะมีความฉลาดรอบรู้ สามารถพัฒนาตัวเองได้ เรียนรู้และรับความรู้ใหม่ๆ ทุกวัน ต่างจากผู้ปกครองที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาจไม่ได้มีโอกาสพัฒนาตนเอง และอาชีพของผู้ปกครองบางกลุ่มไม่มีเวลาในการดูแล เอาใจใส่ เลยทำให้ปล่อยปะละเลยเด็กของตนเอง ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมาธิสั้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Goleman D. (1996) พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีผู้ปกครองที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐสาหกิจ และมีธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/เกษตรกรรม ทั้งนี้ผู้ปกครองที่ไม่ได้ประกอบอาชีพอาจไม่ได้มีโอกาสพัฒนาตนเอง ไม่ได้รับความรู้ใหม่ ๆ และการที่ผู้ปกครองไม่ได้ประกอบอาชีพ

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.018$) อธิบายได้ว่า เพศเป็นปัจจัยหนึ่งของความแตกต่างระหว่างบุคคล เพศหญิงและเพศชายแตกต่างกันหลายประการ เช่น ขาดความละเอียดรอบคอบในด้านต่างๆ วอกแวกได้ง่าย มีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรม ยับยั้งตนเองไม่ค่อยได้ และไม่มีสมาธิในการเรียนรู้และมีความสนุกสนาน ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิรณัฐ พันธุ์กัฏฐิ (2564) โรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นักเรียนอาศัยอยู่กับใคร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.030$) อธิบายได้ว่า เด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ มีญาติเป็นผู้ปกครองนั้น อาจทำให้ความสนใจในการเลี้ยงดูในการเลี้ยงดูและดูแลเด็กน้อยกว่าพ่อแม่ ประกอบกับเด็กอาจรู้สึกขาดความรัก ความเอาใจใส่จากพ่อแม่ ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมาธิสั้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ และคณะ (Sakboonyarat et al., 2018) ที่ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคสมาธิสั้นในชุมชน ชนบทภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กชั้นประถมศึกษา จำนวน 495 คน ซึ่งได้รับการคัดกรอง

โดยใช้ SNAP - IV และพบจิตแพทย์เด็กเพื่อวินิจฉัยโรครสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM - V ใช้แบบสอบถาม มาตรฐาน เพื่อรวบรวมข้อมูลประชากรและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าเด็กที่เป็นโรครสมาธิสั้นในการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการ อยู่ร่วมอาศัย อย่างมีนัยสำคัญ โดยการ วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบแบบขั้นตอน พบว่าเด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่มี ความเสี่ยงโรครสมาธิสั้นเป็น 8.3 เท่าของเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ (OR = 8.3, 95% CI = 1.1 - 60.7, $p < .05$)

3. ปัจจัยด้านปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจัยด้านครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะสมาธิสั้น ของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.001$) อธิบายได้ว่า การขาดความรักการเอาใจใส่ของ ผู้ปกครอง การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบวินัย ตามใจ ไม่มีกฎระเบียบภายในบ้าน ไม่มีการควบคุมที่สม่ำเสมอ หรือความ คิดเห็นการเลี้ยงดูของผู้ปกครองไม่ตรงกัน ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมาธิสั้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิรณุช พันธุ์ภักดี (2564) ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มี ความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.237$ และ $-.355$) ความรักความเอาใจใส่มีความสัมพันธ์กับอาการสมาธิสั้นหรือปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีความ หมายถึงความเสี่ยงโรครสมาธิสั้นเช่นกัน โดยพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถนำข้อมูล เรื่องความรักความเอาใจใส่ในครอบครัว มาเป็นข้อมูลสนับสนุนการจัดการกระทำเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรครสมาธิ สั้นได้

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (แบบประเมินพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี)

ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะ สมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.034$) จึงสามารถ เป็นความเสี่ยงภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อธิบายได้ว่า เด็กนักเรียนที่ใช้เวลาในการใช้สื่อ เทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะสมาธิสั้น เนื่องจากการใช้อุปกรณ์สื่อสารการใช้งาน สมาร์ทโฟนหรืออุปกรณ์การสื่อสารมากเกินไป จะทำให้ไม่สามารถจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นานและส่งผลให้เกิด ปัญหาเกี่ยวกับการใช้สมาธิในการทำงาน ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมาธิสั้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาใน ต่างประเทศของลิงจินี และคณะ (Frank, Y., 2024). ได้ศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรครสมาธิสั้นในเด็ก สหรัฐอเมริกา โดยการศึกษาแบบตัดขวาง จากเด็ก อายุ 5 - 17 ปี จำนวน 68,634 คน ทำการวิเคราะห์การ ถดถอยโลจิสติกสองตัวแปรและหลายตัวแปรผล พบว่าเด็กที่ใช้คอมพิวเตอร์ เป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ต่อวัน เพื่อวัตถุประสงค์อื่น นอกเหนือจากงานโรงเรียนในวันธรรมดาที่มีความเสี่ยงต่อโรครสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 1.52, 95% CI = 1.31-1.77) และเด็กที่ดูโทรทัศน์เป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมงต่อวัน มีความเสี่ยง ต่อโรครสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ (OR=1.82, 95% CI=1.55-2.13)

พฤติกรรมกาติดต่อเทคโนโลยี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ส่งผลการเกิดภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.000$) อธิบายได้ว่า เด็กที่มีการติดต่อเทคโนโลยี ทำให้เด็กสมาธิไม่ดี ผลการเรียนรู้แย่ง ความก้าวร้าวเพิ่มขึ้นและจะมีปัญหาการเรียนรู้ขาดปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง มีพฤติกรรมกาสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ โดยผ่านการใช้งานสมาร์โฟนหรืออุปกรณ์กาสื่อสารเป็นหลัก คนกลุ่มนี้มักหลีกเลี่ยงการพูดคุยในรูปแบบการเผชิญหน้า หรือการอยู่ในสถานที่ที่จำเป็นต้องติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นเป็นจำนวนมากแสดงให้เห็นว่ายิ่งใช้สื่อเทคโนโลยีมากยิ่งขึ้นส่งผลต่อภาวะสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฦกรณ วฒสิทธิพนคุณ ไกรสร อัมมวรรณและมนฤดี กิริติพรานนท์ (2566) ศึกษาจากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกาเสพติดสมาร์โฟนมีความสัมพันธ์กับภาวะสมาธิสั้นในประชากรเจเนอเรชันวาย พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} = 0.043$) โดยจะพบว่าประชากรเจเนอเรชันวายที่มีการมีพฤติกรรมกาเสพติดสมาร์โฟน จะมีอาการโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ อยู่ที่ร้อยละ 42.67 ขณะที่คนที่ไม่มีพฤติกรรมกาเสพติดสมาร์โฟนแต่ไม่มีอาการโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ อยู่ที่ร้อยละ 57.33

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษานี้พบว่ามีความเสี่ยงภาวะสมาธิสั้น จึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของภาวะสมาธิสั้นและส่งต่อเด็กเข้ารับการตรวจประเมินซ้ำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสม
2. จากปัจจัยต่างๆที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เห็นถึงกิจกรรมหรือแนวทางที่จะช่วยลดปัญหาภาวะสมาธิสั้น ที่เกิดขึ้นกับเด็กหรือส่งเสริมแนวทางในการดูแลที่จะช่วยจัดการหรือควบคุมปัจจัยที่สามารถจัดการกระทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้
3. ควรมีการปรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ครอบคลุมและมีความละเอียดมากขึ้นเพราะมีผลกระทบต่อการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาเพิ่มเติมในโรคอื่น เช่น การเรียนรู้บกพร่อง (Learning disorder) ออทิสติก (Autistic) เป็นต้น
2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา จังหวัดพิษณุโลกเท่านั้น อาจจะทำการศึกษาเพิ่มเติมในทุกภาคส่วน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งจังหวัดพิษณุโลก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียนพุทธชินราชพิทยา และ ผู้อำนวยการโรงเรียนอุดมตรุณี และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญจิต เพ็งแป้น. (2560). การป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพของเด็กติดเกมออนไลน์. วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ, 1(1), 16-32.
- บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทวันเพ็ญและธารินทร์ เพ็ญวรรณ, 2562). การศึกษาเชิงวิเคราะห์ ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน ผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล. Region 11 Medical Journal, 33(2), 327-338.
- ณกรณ์ วัฒนสินพคุณ ไกรสร อัมมวรรณ และ มนฤดี กิรติพรานนท์. (2556). ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเล่นติดเกมโทรศัพท์กับภาวะสมาธิสั้นในประชากรเจนเอเรชันวาย. วารสารวิจัย ราชภัฏพระนครสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 18(2), 52
- ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บุรณะสุขสกุล, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, และทรงภูมิ เบญญากร. (2557). คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP - IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมอยู่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ - ADHD) ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(2), 97 - 110.
- ธนศักดิ์ จันทศิลป์ มานิกา วิเศษสาธิต และ ปิยพงศ์ แซ่ตั้ง (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพติดเกม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมาธิสั้น และภาวะย่ำคิดย่ำทำของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะเสพติดเกมออนไลน์ พื้นที่กรุงเทพมหานคร. Rajapark Journal, 13(30), 279-291.
- ธนิดา ทีปะปาล และคณะ. (2565). โรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(2), 30-41. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/259880/177711>
- พิรณัฐ พันธุ์ภักดี. (2564). ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร).
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2565). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.



- Goleman, D. (1996). Emotional intelligence. Why it can matter more than IQ. *Learning*, 24(6), 49-50.
- Rajanagarindra Institute of Child Development. (2017). Knowledge of ADHD and the role of teachers in caring for children with ADHD, Siampimnana: Chiangmai. (in Thai)
- Sirirutraykha, T. (2022). Attention Deficit Hyperactivity Disorders. Retrieved October 8, 2022, from <https://www.happyhomeclinic.com/sp03-adhd.htm>
- Sakboonyarat, B., Chokcharoensap, K., Sathuthum, N., Chutchawalanon, S., Khamkaen, C., Sookkaew, W., . . . Rangsin, R. (2018). Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a rural community, central Thailand: A mixed methods study. *Global Journal of Health Science*, 10, 60. doi: 10.5539/gjhs.v10n3p60
- Frank, Y. (2024). Attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatric behavioral neurology*, 179-202.

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2567



วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000

โทร.055-517488 ต่อ 5

www.northern.co.th