



วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2568



วัตถุประสงค์ของการจัดพิมพ์วารสาร

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

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรัตน์ ยืนยง อธิการบดีวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

บรรณาธิการ

ดร.พุดพิงศ์ 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.ไตรรงค์	เปลี่ยนแสง	โปรแกรมวิทยาศาสตร์ทั่วไป
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ

รองศาสตราจารย์ สฤษดิ์	พรมสายใจ	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์	หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทะ	บุตรน้อย	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา	เตตวิวัฒน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา	ทำดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์	บุญเชียง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา	สุพรรณกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์	โพธิ์อ่ำ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์	แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาวรี	ชั้นสำโรง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธन्छ	กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล	มากมี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑา	หมีไพรพฤษย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์	ยอดวิญญูวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ		วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดพิษณุโลก
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	ขมิณฑ์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สำราญ	ชั้นสำโรง	ม.มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เนาวรัตน์	มณีนิล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.ยุพรัตน์	หลิมมงคล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.กิตติพัทธ์	เอี่ยมรอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.จีระเกียรติ	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 ผศ.ดร.สุพัฒน์	อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์ จินดา	ม่วงแก่น	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ฝ่ายจัดการและเลขานุการกองบรรณาธิการ

อาจารย์จตุพร	แพงจักร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ประวิทย์	ห่านใต้	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
นายภัทรภณ	นิลสิงห์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กำหนดการเผยแพร่

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

เจ้าของวารสาร

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

สำนักงาน

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

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

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ผลของการให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อระดับความดันโลหิตในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง นายภาณุเดช นกอินทร์.....	1
การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิดและความเชื่อด้านสุขภาพในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเด่นชัย อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง จิตรารัตน์ เปรมจิตร.....	15
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อุหาริน พรกระแสน.....	28
ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์ ศรสวรรค์ ปฐมหิสิริ.....	42
ประสิทธิผลโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จันทร์เพ็ญ พวงดอกไม้.....	58
ประสิทธิผลโปรแกรมการป้องกันการใส่สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนนาขาม อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ วสันต์ หนองคาย.....	74

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ นรรศ น้อยทัน.....	86
ประสิทธิผลโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัด อุตรดิตถ์ นิรุจน์ แก้วกรี.....	100
ประสิทธิผลโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลัง การระบาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัด อุตรดิตถ์ ธิดารัตน์ แก้วคำ.....	117
ประสิทธิผลโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยตำบลข่อยสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ บุญยงค์ บุคำ.....	131
ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ใน การปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม. อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ปวีณา กุมาร.....	144
การพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดผ่านระบบสื่อสารทางไกลใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี สุทธาทิพย์ ยิ่งดิลกพันธุ์กุล.....	161



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน งาน อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุโขทัย ณัฐชา ไพบูลย์.....	179
ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย อำนาจ สิริภัก.....	196
การศึกษารูปแบบและความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องต่อการให้บริการผู้ป่วยใน การแพทย์แผนไทยพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จิรภัทร์ สิงห์ชัย.....	214



ผลของการให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อระดับความดันโลหิต ในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง

นายภาณุเดช นกอินทร์¹

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง และการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยลดการเกิดโรคได้ ในปัจจุบันการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นที่นิยมอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์มาใช้กับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติกับกลุ่มที่ได้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การวิจัยกึ่งทดลอง ในผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูงจำนวน 50 คน จัดสรรตัวอย่างด้วยวิธี Blocked randomization แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลอง 25 คน ได้รับให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และ กลุ่มควบคุม 25 คน ได้รับความรู้แบบปกติ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประเมินผลหลังการทดลองด้วยการวัดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) การวิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลใช้สถิติ Independent T -Test และ Chi-Square test และข้อมูลที่ลักษณะการกระจายตัวผิดปกติจะใช้สถิติ Independent samples Mann-Whitney U test โดยใช้ค่า p-value < 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกันใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test โดยใช้ค่า p-value < 0.05 ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่า SBP และค่า DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมี ค่า SBP และค่า DBP แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) และเมื่อ ระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่า SBP และค่า DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้วย การให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูงได้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาติดตามระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

คำสำคัญ : การให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์, แอปพลิเคชันไลน์, ความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย, E-mail:top.phanudate@gmail.com



Effects of Interactive Health Education via Line Application on Blood Pressure Level in High Normal Blood Pressure Group.

Phanudate Nokin¹

Abstract

Hypertension is a significant public health issue in Thailand. Screening at-risk groups for hypertension and providing education to promote health behavior changes can help reduce the incidence of the disease. Currently, communication via the LINE application is widely popular. Therefore, the researcher developed an educational program through LINE to assist individuals at risk of hypertension. To compare the blood pressure levels of individuals with high normal blood pressure group between the group receiving standard education and the group receiving education combined with interaction through the LINE application. A quasi-experimental study was conducted with 50 individuals with high normal blood pressure group. The sample was randomly assigned using blocked randomization into two groups: the experimental group (25 individuals) received education along with interaction through LINE, while the control group (25 individuals) received standard education. The intervention lasted 8 weeks. Post-intervention outcomes were assessed by measuring systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP). Statistical analysis was performed using Independent T-Test, Chi-Square test, and Independent samples Mann-Whitney U test for data with non-normal distribution, with a significance level of $p\text{-value} < 0.05$. Data before and after the intervention within the same group were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test with a $p\text{-value} < 0.05$. After the 8-week intervention, the experimental group showed a statistically significant reduction in both SBP and DBP ($p < 0.05$). In contrast, the control group showed no significant change in SBP and DBP ($p > 0.05$). When comparing the two groups, the experimental group showed a significant reduction in both SBP and DBP ($p < 0.05$). Providing education combined with interaction through the LINE application can effectively reduce systolic and diastolic blood pressure in individuals with high normal blood pressure group. Further studies should follow up on blood pressure levels of the sample group at 3, 6, and 12 months after the intervention.

Keywords: Interactive Health Education, LINE application, High Normal Blood Pressure.

¹ Medical Physician Professional level, Sawankhaloke Hospital, E-mail: top.phanudate@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาของระบบสาธารณสุขจากรายงานองค์การอนามัยโลกปี 2562 ประชากรอายุ 30-79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคน ทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง(World Health Organization,2021) Health Data Center; HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 18 พฤศจิกายน 2564 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนจำนวน 6,629,285คน (วิชัย เอกพลากร, 2564) ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจที่ทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ หากสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายคัดกรองความดันโลหิตสูงเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว โดยกลุ่มเสี่ยงคือกลุ่มที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง คือ ความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยปี 2565 พบว่าในประชากรอายุมากกว่า 35 ปี ที่เป็นกลุ่มความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง จำนวน 3529 คน ในเขตอำเภอสวรรคโลกมีจำนวน533คนโดยปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จากการขาดความรู้ขาดความตระหนักเกี่ยวกับโรคและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงก็จะสามารถลดการสูญเสียที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้(สุพัตรา ศรีวณิชชากร ,2560)

แอปพลิเคชันไลน์(ศุภศิลาป์ กุลจิตต์เจือวงศ์,2556) เป็นแอปพลิเคชันที่มีการใช้งานกันอย่างแพร่หลายเนื่องจากสื่อสารได้รวดเร็วใช้ง่าย สะดวก ไม่เสียค่าใช้จ่าย ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านทางไลน์ ให้แก่กลุ่มที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูงเพื่อให้กลุ่มนี้มีความรู้เกี่ยวกับโรค และการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบ กับบุคลากรทางสุขภาพเพื่อตอบคำถาม อธิบายข้อสงสัยและเสริมแรงจิตใจเป็นระยะ ซึ่งจะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในไปสู่ การป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงไป ในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ กับกลุ่มที่ได้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

นิยามศัพท์เฉพาะ

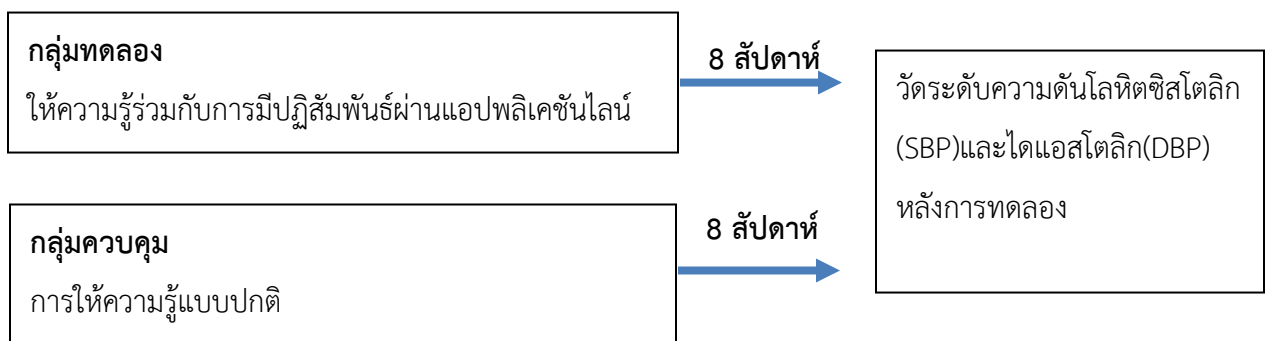
กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง(Thai Hypertension Society,2008) คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท

ระดับความดันโลหิต คือ ค่าแรงดันที่หัวใจบีบตัวส่งเลือดจากหัวใจไปตามหลอดเลือดแดงเพื่อเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย โดยวัดความดันโลหิตที่แขน ในท่านั่งพัก หน่วยที่ใช้วัดคือมิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตที่วัดได้จะมี 2 ค่า คือ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก เป็นแรงดันเลือดที่วัดได้ที่ขณะที่หัวใจบีบตัวและความดันโลหิตไดแอสโตลิกคือความดันเลือดที่วัดได้ขณะที่หัวใจคลายตัว

การให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันความดันโลหิตสูง ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้สื่อเป็น ข้อความ รูปภาพ อินโฟกราฟฟิค หรือ วิดีโอ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ร่วมกับการพูดคุยเพื่อเสริมแรงใจ แนะนำ ตอบข้อสงสัย ในกลุ่มไลน์

การให้ความรู้แบบปกติ คือ การให้ความรู้โดยแพทย์ ใช้สื่อเป็น Power point เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันโรค อาทิ การทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ขอบเขตงานวิจัย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ในกลุ่มประชากรอายุ 35-59 ปี ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท ในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

1. มีความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท
2. สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารได้

เกณฑ์คัดแยกออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว
(จากการตรวจพบความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง หรือ การติดตามวัดความดันที่บ้านแล้วเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง)
2. มีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่เป็นอันตราย เช่น โรคไตวายเรื้อรังที่ต้องฟอกไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังควบคุมอาการไม่ได้ เป็นต้น
3. ตั้งครรภ์

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยออกจากกลุ่มไลน์ที่ใช้วิจัย
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยขอลงตัวออกจากการศึกษา

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป n4studies โดยใช้การคำนวณของกลุ่มศึกษาที่เป็นอิสระต่อกัน เป็นข้อมูลชนิดวัด ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน เพื่อป้องกันเกิดการสูญหายระหว่างการวิจัย จึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน และถูกสุ่มโดยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) ด้วยวิธีการ แบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธี Blocked randomization

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่

2. แบบเก็บข้อมูลระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง
3. สื่อ Power point ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง
4. ข้อความ รูปภาพ อินโฟกราฟฟิก ในการให้ความรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์
5. เครื่องมือที่ใช้ทดสอบสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก วัตส่วนสูง

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

ผู้วิจัยประสานพยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ตัวแทน อสม. เพื่อแจ้งรายละเอียด วัตถุประสงค์และภาพรวมของการวิจัย ผู้วิจัยจัดทำเนื้อหา รูปภาพ สื่อที่ใช้ในการให้ความรู้ โดยอ้างอิงจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 และ หนังสือคู่มือเพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง โดยสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2. ขั้นตอนดำเนินงานวิจัย

ประชาสัมพันธ์การรับสมัครโครงการวิจัยไปยังกลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง หลังจากรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการครบตามเกณฑ์ พยาบาลสอบถามและบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน และวัดระดับความดันโลหิตก่อนการทดลอง ผู้วิจัยให้ความรู้แบบปกติแก่ผู้เข้าร่วมทุกคนโดยใช้สื่อ Power point ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธี Blocked randomization แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน สำหรับกลุ่มทดลอง จะได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ระหว่างการทดลองกลุ่มทดลอง จะถูกเชิญเข้ากลุ่มไลน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยในกลุ่มไลน์จะเป็นกลุ่มปิด เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ากลุ่มไลน์แล้ว จะมีการแนะนำตัวแพทย์ พยาบาล และ อสม เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับผู้เข้าร่วมวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดว่าให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (IMB Model) (Fisher JD, 1992) มาเป็นหลักในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ หลักสำคัญ ได้แก่ การให้ข้อมูล (Information) การเสริมแรงจูงใจ (Motivation) และการพัฒนาทักษะ (Behavioral skills) โดยผู้วิจัยจะส่งข้อความ ความรู้ รูปภาพ อินโฟกราฟฟิก เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไปในกลุ่มไลน์ ร่วมกับการพูดคุย ตอบคำถาม และเน้นย้ำ รวมถึงเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยส่งเป็นความรู้ รูปภาพ อินโฟกราฟฟิก สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์

3. ขั้นตอนติดตามการดำเนินงาน

กลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้และเสริมแรงจูงใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ด้วยความถี่และระยะเวลาตามที่กำหนด กลุ่มควบคุมกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ ติดตามกลุ่มทดลองโดยการสนทนาผ่านทางไลน์ร่วมกับให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อสอบถามปัญหาการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์และกระตุ้นเสริมแรง ให้กำลังใจ

4. ขั้นตอนติดตามข้อมูลการวิจัย

ติดตามทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพยาบาลวัดความดันโลหิต ณ สถานพยาบาล บันทึกผลตามแบบเก็บข้อมูลหลังการทดลองที่ 8 สัปดาห์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป
2. ส่วนของข้อมูลเชิงจำนวนได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ที่กระจายตัวในลักษณะปกติจะแสดงข้อมูลในลักษณะ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean standard deviation) ข้อมูลที่กระจายตัวในลักษณะผิดปกติจะแสดงข้อมูลในลักษณะ ค่ามัธยฐาน พิสัย (Median range)
3. ส่วนข้อมูลเชิงลักษณะ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัวประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และ ประวัติการสูบบุหรี่ จะแสดงในลักษณะจำนวนและเปอร์เซ็นต์
4. ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Test of normality ของ Shapiro-Wilk
5. ในส่วนการวิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลที่กระจายตัวในลักษณะปกติจะใช้สถิติ Independent T -Test และ Chi-Square test และข้อมูลที่มีลักษณะการกระจายตัวผิดปกติจะใช้สถิติ Independent samples Mann-Whitney U test โดยใช้ค่า $p\text{-value} < 0.05$
6. การวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Test of normality ของ Shapiro-Wilk ข้อมูลที่กระจายตัวในลักษณะปกติจะใช้สถิติ Paired t-test และข้อมูลที่มีลักษณะการกระจายตัวผิดปกติจะใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test โดยใช้ค่า $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย โครงการเลขที่ 1/2565 อนุมัติ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จากการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 1 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา อยู่ในสถานภาพสมรส และประกอบอาชีพเกษตรกร

ข้อมูลภาวะสุขภาพ ประกอบไปด้วย อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ จากการเปรียบเทียบข้อมูลพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p>0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.60 ± 5.89 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 50.24 ± 6.71 ปี แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 2 สำหรับดัชนีมวลกายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสมส่วน ($BMI 18.5-24.9$) และระดับน้ำหนักเกิน ($BMI \geq 23-24.9$) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ในส่วนของผู้ที่โรคประจำตัวทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นโรคไขมัน ประวัติการสูบบุหรี่พบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษา

จากผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลก่อน และหลังในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Test of Normality ของ Shapiro-Wilk พบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) มีการกระจายตัวแบบไม่เป็นปกติ จึงใช้สถิติ Nonparametric statistic ในการคำนวณ โดยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 137.12 ± 1.59 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 136.16 ± 1.99 มิลลิเมตรปรอท จากการเปรียบเทียบความแตกต่างโดยสถิติ Nonparametric test (Independent samples) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) และหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 131.84 ± 3.28 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 135.08 ± 3.68 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อเปรียบเทียบ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ก่อน-หลัง ภายในกลุ่มเดียวกัน ด้วยสถิติ Nonparametric test (Related samples) พบว่าหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ลดลงว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 3

ในส่วนองระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) พบว่าก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 86.80 ± 1.47 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 87.52 ± 1.59 มิลลิเมตรปรอท จากการเปรียบเทียบ

ความแตกต่างโดยสถิติ Nonparametric test (Independent samples) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) และหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 83.88 ± 4.59 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 87.12 ± 1.33 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) หลังการทดลอง ของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อเปรียบเทียบ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ก่อน-หลัง ภายในกลุ่มเดียวกัน ด้วยสถิติ Nonparametric test (Related samples) พบว่าหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (N=50) p-value* < 0.05 จากสถิติ Chi-square test

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		p-value*
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	12	48.0	10	40.0	0.569
	หญิง	13	52.0	15	60.0	
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	< 18.5	0	0	1	4.0	0.662
	18.5-22.9	9	36.0	7	28.0	
	23-24.9	10	40.0	9	36.0	
	>=25	6	24.0	8	32.0	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	16	64.0	14	56.0	0.837
	มัธยมศึกษา	8	32.0	10	40.0	
	สูงกว่ามัธยม	1	4.0	1	4.0	
อาชีพ	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	3	12.0	5	20.0	0.787
	เกษตรกร	10	40.0	9	36.0	
	ค้าขาย	7	28.0	5	20.0	
	รับจ้าง	3	12.0	5	20.0	
	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	8.0	1	4.0	
สถานภาพสมรส	โสด	8	32.0	9	36	0.553
	สมรส	17	68.0	15	60.0	
	หม้าย/หย่าร้าง	0	0	1	4.0	
โรคประจำตัว	ไตวายเรื้อรัง	3	12.0	2	8.0	0.637
	ไขมันในเลือดสูง	4	16.0	5	20.0	
	อื่นๆ	6	24.0	9	36.0	
ประวัติการสูบบุหรี่	สูบ	8	32.0	6	24.0	0.529
	ไม่สูบ	17	68.0	19	76.0	
ประวัติการดื่ม	ดื่ม	12	48.0	10	40.0	0.569
แอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	13	52.0	15	60.0	

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (N=50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		p-value*
	Mean	SD	Mean	SD	
อายุ (ปี)	50.24	6.71	48.60	5.89	0.363

p-value* <0.05 จากสถิติ Independent T-test

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มก่อน-หลัง การทดลอง

ค่าความดันโลหิต (mmHg)	กลุ่มควบคุม(n=25)		กลุ่มทดลอง(n=25)		p-value* (ระหว่างกลุ่ม)
	Mean	SD	Mean	SD	
ความดันโลหิตซิสโตลิก(SBP)					
ก่อนการทดลอง	136.16	1.99	137.12	1.59	0.089
หลังการทดลอง	135.08	3.68	131.84	3.28	0.001
p-value** (ภายในกลุ่ม)	0.344		0.000		
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก(DBP)					
ก่อนการทดลอง	87.52	1.59	86.80	1.47	0.068
หลังการทดลอง	87.12	1.33	83.88	4.59	0.009
p-value** (ภายในกลุ่ม)	0.200		0.017		

p-value* <0.05 (ระหว่างกลุ่ม)จากสถิติ Nonparametric test (Independent samples)

p-value ** <0.05 (ภายในกลุ่ม) จากสถิติ Nonparametric test (Related samples)

อภิปรายผลการศึกษา

งานวิจัยนี้ศึกษาผลของการให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อระดับความดันโลหิต ในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง โดยเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และ ระดับความดันไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ กับกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ ซึ่งการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิก ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกันพบว่า ในกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิต ซิสโตลิก (SBP) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้พบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของกลุ่มที่ได้รับความรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้ข้อมูลประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ช่วยลดความดันโลหิต ประกอบด้วย การลดน้ำหนักในผู้มีน้ำหนักเกิน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทานอาหาร การงดอาหารเค็ม การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ การงดดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียด หลีกเลี่ยงการอดนอน โดยให้ความรู้โดยใช้แนวคิด IMB model มาเป็นหลักในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ มีหลักสำคัญประกอบด้วย การให้ข้อมูล การเสริมแรงใจและ การพัฒนาทักษะ โดยส่งความรู้ในรูปแบบของอินโฟกราฟฟิกผ่านไลน์ ทำให้ดูน่าสนใจ อ่านง่าย และสามารถเปิดอ่านได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังมีผู้วิจัย พยาบาลและ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม) ช่วยตอบคำถามที่สงสัย แนะนำการปฏิบัติตัว พุดคุยและกระตุ้นเสริมแรงในกลุ่มไลน์เป็นระยะ ช่วยให้อาสาสมัครมีความตระหนักเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและเห็นความสำคัญของการป้องกันโรค มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัมภรณ์รัตน์ มากแก้ว และคณะ (2561)(Makkaew, A.,2019) ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมแรงใจผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการทหารที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติและมีค่าน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ รุ่งนภา อาระหัง ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม(รุ่งนภา อาระหัง, 2561) โดย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยให้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ และแอปพลิเคชัน ผลการวิจัย พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และ ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นไปในทางเดียวกันกับงานวิจัยนี้

สรุป

การให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูงได้ และความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้แบบปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามระดับความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาที่นานขึ้น เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านทางไลน์ ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หรือ เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เป็นต้น
3. ควรมีการใช้สื่อที่หลากหลาย เช่น อินโฟกราฟฟิก รูปภาพ หรือ คลิปวิดีโอ ในการให้ความรู้เนื่องจากจะทำให้น่าสนใจมากขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำการให้ความรู้ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อื่นๆได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น
2. เป็นการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อความสะดวกในการสื่อสาร และลดค่าใช้จ่าย ลดการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรม เพื่อป้องกันการติดเชื้อตามวิถีชีวิตใหม่

3. อาสาสมัครได้รับความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. (2021). *Hypertension* [Internet]. Retrieved October 19, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- วิชัย เอกพลากร. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิกแอนดตีไซน์.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2560). สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2). อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (Ed.), ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา (pp. 45-56). กรุงเทพมหานคร: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- ศุภศิลา กุลจิตต์เจือวงศ์. (2556). โฉมรูปแบบการสื่อสารบนความสร้างสรรค์ของสมาร์ทโฟน: ข้อดี และข้อจำกัดของแอปพลิเคชัน. วารสารนักษิณ, 12(3), 45-60. มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด.
- Thai Hypertension Society. (2008). GUIDELINE IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. PSYCHOLOGICAL BULLETIN, 111(3), 455-474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>
- Makkaew, A., Moolsart, S., & Boonreungset, M. (n.d.). Effectiveness of a motivational enhancing program via electronic communication for hypertension prevention in high-risk persons. JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 32(3), 215-230.
- รุ่งนภา อาระหัง. (2561). The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension. JOURNAL OF HEALTH EDUCATION, 509-526.



การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะและความเชื่อด้านสุขภาพในการเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเด่นชัย อำเภอดงเจน จังหวัดลำปาง

จิตรรัตน์ เปรมจิตร¹

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ (comparative descriptive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะและความเชื่อด้านสุขภาพในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเด่นชัย อำเภอดงเจน จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 30-60 ปี จำนวนกลุ่มเป้าหมาย 209 คน โดยใช้วิธีสุ่มแบบบังเอิญเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะและความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มที่เคยตรวจและไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มที่เคยตรวจและไม่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาระยะยาวและเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ควรนำผลการวิจัยนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีและเป็นแนวทางการ

คำสำคัญ: สตรีอายุ 30-60 ปี, การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, มะเร็งปากมดลูก

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเด่นชัย อำเภอดงเจน จังหวัดลำปาง,

E-mail: jitrarut@gmail.com



A Comparison of Knowledge Attitude and Health Belief In Self-Cervical Cancer Screening among Thai Women Aged 30-60 Years In Denchai Sub-district Health Promoting Hospital, Thoen District, Lampang Province

Jitrarut Premjit¹

Abstract

This comparative descriptive research aimed to compare the knowledge attitude and perception of health belief in self-cervical cancer screening among Thai women aged 30-60 years in Denchai sub-district health promoting hospital, Thoen district, Lampang province. The study used a comparative descriptive design with accidental sample of 209 women. All participants completed a questionnaire about demographic, cervical cancer knowledge, cervical cancer attitude, perception of health belief and self-cervical cancer screening. Descriptive statistics and independent t-test were employed to test significant of each hypothesis, respectively.

The results showed that there was statistically significant difference in knowledge and attitude about cervical cancer between ever the groups with and without previous screening for cervical cancer. The recommendation for further study should more considerate on sensitivity and specificity of the instruments. Replicate the study with a large sample size in other geographic location to evaluate generalization of the findings. In term of application of this study in clinical setting should be caution.

Key Words: Knowledge, Attitude, Health Belief, Cervical Cancer Screening, Cervical Cancer

¹ Public health technical officer, Denchai Sub-district Health Promoting Hospital, Thoen District, Lampang Province,
E-mail: jitrarut@gmail.com

บทนำ

สำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก ได้รวบรวมอุบัติการณ์และอัตราการตาย พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก ซึ่งมากกว่าโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2030 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นถึงกว่า 13.1 ล้านคน ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ประเทศไทยมีความชุกของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกสูงเป็นอันดับ 2 รองจากประเทศอินโดนีเซีย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะสตรีในประเทศไทยพบมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับที่ 2 รองมาจากมะเร็งเต้านม โดยพบมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในสตรีไทยวันละประมาณ 27 คน และมีสตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยถึงวันละ 14 คน (บุษบา ไชยวารินทร์, 2563) โดยโรคมะเร็งปากมดลูกพบมากที่สุดใภาคเหนือของประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ (โกสุม สารทอง, 2556) มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งระบบสืบพันธุ์ที่ภัยเงียบคุกคามชีวิตสตรีวัยแรงงานและเป็นสาเหตุต้นๆ ของสตรีไทยที่เสียชีวิต ปัจจุบันจะพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีมากขึ้น (ยุพิน เพียรมงคล, 2553) เนื่องจากในสตรีที่มีอายุน้อยมีการพัฒนาของเซลล์บริเวณปากมดลูกยังไม่สมบูรณ์ ทำให้เซลล์มีสภาพอ่อนแอและเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีได้ง่าย ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระยะยาวได้ (Green, et al., 2003) เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ไม่ว่าจะอยู่ในระยะใด ก็จะส่งผลต่อจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว เพราะมะเร็งเป็นโรคที่บุคคลทั่วไปรับรู้ว่ามี ความร้ายแรงนำมาซึ่งความทุกข์ทรมาน จากการศึกษาทางไวรัสวิทยาและชีววิทยา พบว่า โรคมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human papilloma viruses (HPV) ซึ่งเป็นการติดเชื้อโดยการสัมผัสบริเวณเยื่ออวัยวะเพศหรือที่ปากมดลูก เมื่อมีรอยถลอกทำให้เชื้อนี้ผ่านเข้าสู่ร่างกายได้ โดยส่วนใหญ่จะเป็นสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นไวรัสชนิดความเสี่ยงสูง สามารถนำไปสู่กระบวนการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ (พรพิมล โสฬสกากร, 2560) โดยพบว่าผู้ที่ติดเชื้อแล้วกลายเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก มีระยะเวลาดำเนินโรคจากรอยโรคก่อนมะเร็งจนกลายเป็นมะเร็ง 10-20 ปี จากความรู้ดังกล่าวข้างต้นทำให้สามารถพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่อ่อนระยะที่จะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ (สุขุมล โพธิ์ทอง, 2561) ซึ่งหากสตรีมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้วยการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจช่วยให้สตรีไม่เป็นมะเร็งปากมดลูกหรือได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลามได้ จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้อธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในด้านการป้องกันโรคว่าบุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมและสิ่งกระตุ้นที่ชักนำให้ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เห็นความสำคัญของปัญหาจึงให้การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2553 โดยมอบให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้แม้

จะไม่แสดงอาการ ซึ่งสามารถตรวจพบความผิดปกติได้ด้วยการคัดกรองมะเร็ง เป็นการตรวจหารอยโรคก่อนมะเร็ง เพื่อรักษายังยั้งไม่ให้พัฒนาไปเป็นมะเร็ง การตรวจมะเร็งเป็นวิธีที่ดีสำหรับการลดอุบัติการณ์และอัตราเสียชีวิตของโรคมะเร็งปากมดลูก จะสามารถทำได้ด้วยวิธี Pap Smear, Cytology screening, HPV DNA testing และ VIA ในสตรีอายุ 30 ถึง 60 ปี (บุญรอง คงมาก, 2567) ควรได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุกๆ 5 ปี ในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดลำปาง ได้กำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อไว้ร้อยละ 70 ของสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี HPV testing แต่ปัญหาสำคัญที่สุดที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก คือ สตรีที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากสถานการณ์การเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเด่นชัย อำเภอดงขลับ จังหวัดลำปาง พบว่าในปี 2567 สตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 30-60 ปี จำนวน 381 คน ลงทะเบียนรับชุดตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 20.47 พบผู้ป่วยที่มีเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.84 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเด่นชัย, 2567) พบว่าสตรีเข้ารับบริการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่รัฐบาลตั้งไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิดและความเชื่อด้านสุขภาพในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเด่นชัย อำเภอดงขลับ จังหวัดลำปาง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำไปใช้ในการพัฒนา วางแผนและส่งเสริมเพื่อสร้างความตระหนักให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ได้รับการรักษาได้ทันเวลาและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีมูลค่ามหาศาลหากเกิดมะเร็งปากมดลูกได้

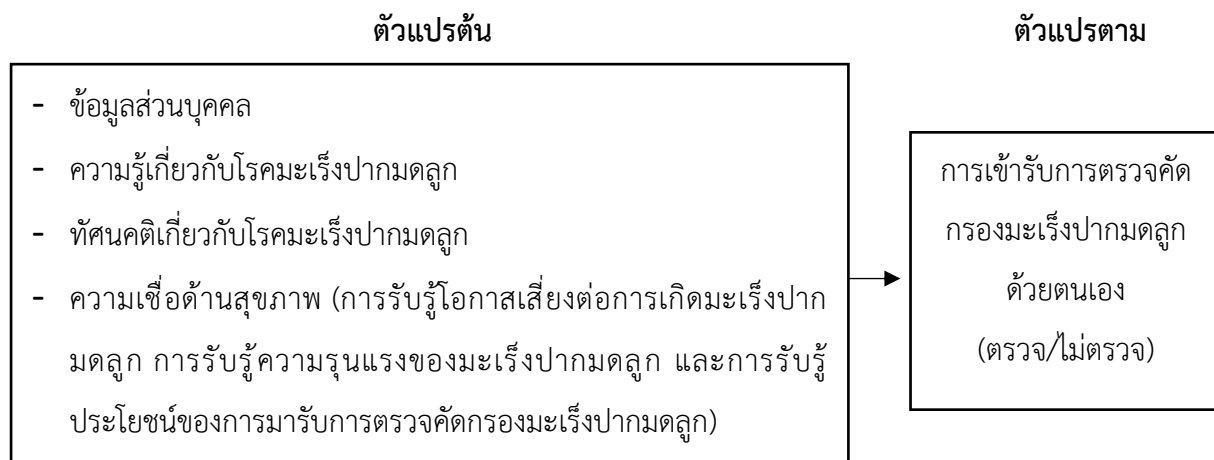
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะคิดและความเชื่อด้านสุขภาพในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเด่นชัย อำเภอดงขลับ จังหวัดลำปาง ระหว่างกลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิดและความเชื่อด้านสุขภาพในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเด่นชัย

อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง ระหว่างกลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มาเป็นแนวทางในการวิจัย โดยศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นการชักนำให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อ ถ้าบุคคลรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองถูกต้องก็จะแสดงพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสม เพื่อป้องกันโรคที่จะส่งผลต่อชีวิตของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ (Comparative descriptive research) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิดและความเชื่อด้านสุขภาพ ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเด่นชัย อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเด่นชัย อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง มากกว่า 6 เดือน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น และการพูด มีสติสัมปชัญญะดี และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในคั้งนี้

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในคั้งนี้ คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเด่นชัย อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง มากกว่า 6 เดือน โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีคั้งนี้

$$n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi = 3.841$)

p = สัดส่วนของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เท่ากับ 0.43 (ศรีณธร มังคะมณี และคณะ, 2567)

การวิจัยในคั้งนี้มีประชากรที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 381 คน ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สามารถคำนวณได้จากสูตร คั้งนี้

$$n = \frac{3.841 \times 381 \times 0.43 \times (1-0.43)}{(0.05)^2 \times (381-1) + 3.841 \times 0.43 \times (1-0.43)}$$

$$n = 189.68$$

$$= 190 \text{ คน}$$

ป้องกันการสูญหายในขณะเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่าง ร้อยละ 10 เท่ากับจำนวน 209 คน

3. การสุ่มตัวอย่าง โดยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เก็บข้อมูลให้ครบตามต้องการ

เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Best (1971) ซึ่งแบบสอบถาม มีจำนวน 20 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-60 คะแนน แบ่งเกณฑ์คะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยมีสูตรดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ค่าความต่างระดับ} &= \frac{\text{สูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{60 - 20}{3} \\ &= 13.33 \end{aligned}$$

ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

การมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกระดับดี หมายถึง ได้คะแนน 46.68-60 คะแนน

การมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน 33.34-46.67 คะแนน

การมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกระดับไม่ดี หมายถึง ได้คะแนน 20-33.33 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) โดยสร้างจากการดัดแปลงมาจาก โกลุุม สารทอง (2556) ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 3 ระดับ จำนวน 30 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เชื่อ	2	0
ไม่เชื่อ	1	1
ไม่ทราบ	0	2

เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Best (1971) ซึ่งแบบสอบถาม มีจำนวน 30 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-60 คะแนน แบ่งเกณฑ์คะแนนออกเป็น 2 ระดับ โดยมีสูตรดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ค่าความต่างระดับ} &= \frac{\text{สูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{60 - 0}{2} \\ &= 30 \end{aligned}$$

ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

การรับรู้อยู่ในระดับดี หมายถึง ได้คะแนน 31-60 คะแนน

การรับรู้อยู่ในระดับไม่ดี หมายถึง ได้คะแนน 0-30 คะแนน

ส่วนที่ 5 การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ลักษณะของคำถามเป็นแบบชนิดปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

เคยตรวจ หมายถึง เคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test โดยการตรวจด้วยตนเอง ภายใน 5 ปี

ไม่เคยตรวจ หมายถึง ไม่เคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test โดยการตรวจด้วยตนเอง หรือเคยตรวจเกินระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป หรือเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีอื่น ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่งโครงร่างการศึกษาเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง พิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการศึกษา

2. ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเถิน เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ศึกษอบรมผู้ช่วยวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลและกระบวนการ เพื่อทำความเข้าใจในโปรแกรมและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมและทดสอบผู้ร่วมวิจัยในการใช้แบบสอบถามเพื่อให้เข้าใจตรงกันและได้คำตอบที่ตรงกันกับนักศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ดำเนินการคัดเลือก โดยคัดเลือกเฉพาะสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ทั้งที่เคยตรวจและไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง จำนวน 209 คน

5. ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มเป้าหมาย โดยที่ผู้ศึกษากล่าวทักทายและแนะนำตัว พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการเข้าร่วมให้กลุ่มเป้าหมาย วิธีดำเนินการ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมซักถามถึงข้อสงสัย เพื่อการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษา

6. เมื่อกลุ่มเป้าหมายอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้ศึกษาทำการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ซักถามประวัติ โดยศึกษาแบบสอบถาม

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลมาลงรหัส ให้นำหน้ากระดาษแนบตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) เป็นการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มที่เคยตรวจและกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง โดยใช้สถิติ independent t-test

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2567-005 วันที่ 19 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ในการเข้าร่วม หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยหากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรและเมื่อผู้เข้าร่วม วิจัยไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัยต่อไปสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา พบว่า สตรีส่วนใหญ่มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 55.5 มีอายุเฉลี่ย 49 ปี สถานภาพสมรส 76.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร 59.8 มีรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 48.9 มีรายได้เฉลี่ย 5,555.7 บาท จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมปลาย/ปวช. ร้อยละ 37.8 สตรีเคยตั้งครรภ์ ร้อยละ 89.0 การคลอดบุตรส่วนใหญ่คลอดธรรมชาติ ร้อยละ 74.2 ไม่มีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 78.9 มีการใช้คุมกำเนิด ร้อยละ 54.5 ประจำเดือนมาปกติ ร้อยละ 51.2 เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 92.3 ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ช่วงอายุ 14-20 ปี อายุเฉลี่ย 20.9 ปี ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 95.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.8 และมีคู่นอน 1-2 คน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.7

ส่วนที่ 3 ทักษะคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีทักษะคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.9 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.9 และระดับไม่มี ร้อยละ 6.2

ส่วนที่ 4 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.3 และระดับไม่มี ร้อยละ 7.7

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มที่เคยตรวจและไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มที่เคยตรวจและไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตัวแปร	กลุ่มที่เคยตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=88)		กลุ่มที่ไม่เคยตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=121)		t	p- value
	M	S.D	M	S.D		
	ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	16.3	2.50	15.6		
ทักษะคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	49.6	6.37	47.0	7.21	2.74	0.032**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก	12.7	2.10	12.6	2.28	0.37	0.715
การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก	12.4	2.59	12.6	2.54	-0.67	0.502
การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	12.5	2.23	12.3	1.97	0.45	0.656

** p<.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มที่เคยตรวจและไม่เคยตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้สตรีมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคว่ามีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และทำให้เสียชีวิตได้ ส่งผลให้สตรีมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคและข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยให้เข้าใจถึงโรคนี้ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพุดิตา พรหมวิอินทร์ (2558) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มที่เคยตรวจและกลุ่มที่ไม่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .963, p < .05$) และพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มที่เคยตรวจและไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การดูแลป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรค รวมทั้งการได้รับการเน้นย้ำให้เห็นถึงอันตรายที่เกิดจากโรคมะเร็งปากมดลูกก็จะยิ่งส่งเสริมให้สตรีมีทัศนคติที่ดีในการใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชัชวาล นฤพันธ์จิรกุล และคณะ (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี พบว่า ทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมการตรวจหามะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1 นำข้อมูลไปปรับใช้กับกลยุทธ์ในการกระตุ้นให้สตรีเห็นความสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น
 - 1.2 ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรี
2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการลดอุปสรรค และส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- โกสุม สารทอง. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย ที่มีอายุ 30-60 ปี ตำบลจอมสวรรค์ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา
- บุญรอง คงมาก. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลพูนพิณ อำเภอพูนพิณ จังหวัดสราษฏร์ธานี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- บุษบา ไชยวารินทร์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มไทลื้อในตำบลศรีดอนชัย อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา
- พรพิมล โสพนกลางกูร. (2560). ปัจจัยทำนายนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร. พยาบาลศาสตร์.
- ยุพิน เพ็ชรมงคล. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. เชียงใหม่. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีณธร มังคะมณี และคณะ. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 4(1), 11-22.
- สุขุมล โพธิ์ทอง. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 32(2): 966-970.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: CharlesB. Slack, Inc.
- Green J., et al. (2003). Risk factors for adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix in women aged 20-44 years: the UK Nationla case-control study of Cervical Cancer. *British Journal of cancer* 89, 2078-2086.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

อุฬาริน พรกระแสน¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยนำ (ความรู้ ทักษะ การรับรู้ด้านสุขภาพ) ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ประชากรคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง จำนวน 213 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel จำนวน 150 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ของผู้ดูแล ทักษะของผู้ดูแล การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ทักษะของผู้ดูแล ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรู้ของผู้ดูแล ($r=0.287$, $P\text{-value}=0.004$) ทักษะของผู้ดูแล ($r=0.287$, $P\text{-value}=0.004$) การรับรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.491$, $P\text{-value}=0.006$) และปัจจัยเสริม ($r=0.173$, $P\text{-value}=0.045$) ตามลำดับ ปัจจัยที่สามารถทำนายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่รับ 0.05 ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ($P\text{-value}<0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ($P\text{-value}=0.003$) อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ($P\text{-value}=0.003$) ตามลำดับ สามารถทำนายได้ถูกต้อง ร้อยละ 83.1

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก ตำบลนครสวรรค์ออก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์,

E-mail: Ying.rin5956@gmail.com

Factors Effecting to Caregiver's Practicing of Rehabilitation Care for Elderly Dependents at Muang District, Nakhon Sawan Province.

Ularin Phonkrasae ¹

Abstract

This descriptive research aimed to study either selected factors association or jointly predict factor effected to caregiver's performance of rehabilitation care for elderly dependents at Muang District, Nakhon Sawan Province. Population in this study consisted of 213 caregivers who have been training elderly care program within 70 hours which be registered in Muang District, Nakhon Sawan Province, and the sample size calculating used Daniel formula for 150 cases, and systematic random sampling was determine for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 7 parts including, characteristics, predisposing factors (knowledge, attitude, health perception), enabling factors, reinforcing factors, and performance of elderly care dependents. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.86. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis. An association analyzed found that, factors were associated with caregiver's performance of rehabilitation care for elderly dependents at Muang District, Nakhon Sawan Province with statistic significant including knowledge ($r=0.287$, $P\text{-value}=0.004$) attitude ($r=0.287$, $P\text{-value}=0.004$) health perception ($r=0.491$, $P\text{-value}=0.006$) reinforcing factors ($r=0.173$, $P\text{-value}=0.045$), respectively. Prediction model analyzed reported that perceived of benefit ($P\text{-value}<0.001$) perceived of barrier ($P\text{-value}=0.003$) knowledge' nutrition for elderly ($P\text{-value}=0.003$) selected factors accounted for 83.1%.

Keyword: Care giver, elderly Dependents, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors.

¹ Registered Nurse, Ban Nong Kaeng Sub-District Health Promoting Hospital, Nakhon Sawan Ok Sub-District, Mueang District, Nakhon Sawan Province. E-mail: Ying.rin5956@gmail.com.

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยองค์การสหประชาชาติได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรือมีอายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 14% (ชมพูนุช พรหมภักดี, 2556) ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เนื่องจากจะมีสัดส่วนคนอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิน 10% ตามนิยามองค์การสหประชาชาติและคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในอีก 20 ปี หรือปี พ.ศ.2578 จะมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 30% (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) สถานการณ์การปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก่ง ระหว่าง พ.ศ. 2563-2565 พบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุ เท่ากับ 1,566, 1,687 1,789 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2565) จากการคัดกรองประเมินสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ.2562 จำนวน 87,436 คน (91.43% ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในจังหวัดนครสวรรค์) พบว่า ผู้สูงอายุติดสังคมหรือช่วยเหลือและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ จำนวน 84,956 คน (95.2%) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ต้องการการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและทางสังคม จำนวน 2,480 คน (4.8%) และจากข้อมูลการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ปี 2562 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง (63.8%) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องมีผู้ดูแล (0.8%) และผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว (7.8%) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2562) จากการสำรวจในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก่ง พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการพลัดตกหกล้ม การช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกินยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลาหรือมีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น บางครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพังเนื่องจากญาติต้องไปทำงานนอกบ้าน ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อีกทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังทำได้ไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่องการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังคงยึดหลักการเยี่ยมบ้านตามโรคหรือการเจ็บป่วย

การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในชุมชนจึงถือเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยมีญาติหรือผู้ดูแลในชุมชนมีส่วนร่วม ปี 2562 อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง(กลุ่มติดบ้านติดเตียง) จำนวน 787 คน แต่มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ (Care Giver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 94 คน ซึ่งยังไม่เพียงพอ เนื่องจากสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการช่วยเหลือของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประมาณ 1: 5-10 คน จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มศักยภาพและทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ทักษะ

ด้านความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม มีระดับความรู้และทักษะภาพรวมในระดับดี ร้อยละ 62.2 และ 79.4 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80) มีเพียงทักษะด้านมิติทางใจเท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดดังกล่าว (ร้อยละ 87.0) จึงต้องมีการพัฒนาเทคนิคการเรียนการสอนให้เหมาะสมมากขึ้น (เยาวลักษณ์ ปรปักษ์ขาม, 2559)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติงาน การดำเนินงาน รวมทั้งศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่นำไปสู่การเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพให้แก่หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และบรรลุตามเป้าหมายต่อไป การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อลดภาวะการณึ่งพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุและเป็นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ประกอบด้วย ปัจจัยนำ (ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ด้านสุขภาพ) ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ การได้รับการอบรม 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ปัจจัยเอื้อ 4) ปัจจัยเสริม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Green and Kreuter (1991) ตัวแปรตามคือ การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 213 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง ตั้งแต่ปี 2558-2561 สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ เกณฑ์การคัดออกคือ

เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 150 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ การได้รับการอบรม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง (คะแนน>80%) ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 61%-79%) ความรู้ระดับต่ำ คะแนน<=60%)

ส่วนที่ 3 ทศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุและบทบาทของผู้ดูแล ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อของผู้ดูแล ประกอบด้วย การได้รับการอบรมคำแนะนำและปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการสนับสนุน ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริมของผู้ดูแล ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 7 การปฏิบัติงานของของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การให้ยาทางปาก การวัดอุณหภูมิ ซีพจร อัตราการหายใจ การวัดความดันโลหิต การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การทำแผล Dry Dressing การทำแผล Wet Dressing การเช็ดตัวลดไข้ การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การ

ดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 3-7 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนน ≥ 3.67) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน ≤ 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient, Stepwise Multiple Regression Analysis ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เอกสารรับรองเลขที่ MSHP010/2560

ผลการศึกษา

ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (89.33%) มีอายุระหว่าง 35-55 ปี (65.33%) (\bar{X} =42.09, S.D.=11.462, Min=18, Max=73) มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (64.67%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (58%) มีเพียง 2.67% ที่ไม่ได้ศึกษา การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านหรือทำงานบ้านตนเอง (31.33%) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 5,000 ถึง 15,000 บาทต่อเดือน (50%) (\bar{X} =14,257.65, S.D.=15,069.40, Min=660, Max=99,90) ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง 5-10 ปี (22.67%) (62.6%) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ดูแลคือ พ่อ แม่ (78%) และดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (16%) มีเพียง 6% ที่ดูแลปู่ย่า/ตา ยาย

ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ภาพรวมมีค่าคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (58%) (\bar{X} =2.34, S.D.=0.552) เมื่อพิจารณาความรู้ที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูงจำแนกรายด้าน ประกอบด้วย ความรู้ด้านโรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ (71.33%) ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ (31.33%) ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม (60.67%) ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (50.67%) ตามลำดับ ทักษะการตัดสินใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ภาพรวมมีค่าคะแนนทักษะการตัดสินใจในระดับสูง (90.67%) (\bar{X} =4.06, S.D.=0.299) เมื่อพิจารณาทักษะการตัดสินใจที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูงจำแนกรายด้าน ประกอบด้วย ด้านบทบาทของผู้สูงอายุในสังคม (63.33%) ด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ (81.33%) ด้านบทบาทของผู้ดูแล (96.67%) ตามลำดับ การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ภาพรวมมีค่าคะแนนอยู่ใน

ระดับสูง (96%) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูงจำแนกรายด้าน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (94%) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย (96.67%) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (98.67%) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ (75.33) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ปัจจัยเอื้อ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (96%) (\bar{X} =4.32, S.D.=0.460) เมื่อพิจารณาปัจจัยเอื้อที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูงจำแนกรายด้าน ประกอบด้วย การได้รับคำแนะนำและปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข (96%) การได้รับการสนับสนุน (81.33%) ตามลำดับ ปัจจัยเสริม ในภาพรวมด้านความรู้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (98.76%) (\bar{X} =4.28, S.D.=0.417) เมื่อพิจารณาปัจจัยเสริมที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูงจำแนกรายด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (92.67%) การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข (95.33%) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ (n=150)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรู้ของผู้ดูแล	57	38.00	87	58.00	6	4.00	2.34	0.552
- โรคและปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุ	107	71.33	26	17.33	17	11.33	2.60	0.685
- อาหารและโภชนาการสำหรับ ผู้สูงอายุ	47	31.33	47	31.33	56	37.33	1.94	0.829
- การออกกำลังกายที่เหมาะสม	91	60.67	53	35.33	6	4.00	2.56	0.572
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	76	50.67	62	41.33	12	8.00	2.42	0.638
ทัศนคติของผู้ดูแล	136	90.67	14	9.33	-	-	4.06	0.299
- บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม	55	36.67	95	63.33	-	-	3.60	0.382
- ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ	122	81.33	18	18.67	-	-	3.91	0.326
- บทบาทของผู้ดูแล	145	96.67	5	3.33	-	-	4.45	0.435
การรับรู้ด้านสุขภาพ	144	96.00	6	4.00	-	-	4.25	0.352

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เจ็บป่วย	141	94.00	9	6.00	-	-	4.25	0.352
- การรับรู้ความรุนแรงต่อการ เจ็บป่วย	145	96.67	5	3.33	-	-	4.33	0.453
- การรับรู้ประโยชน์ของการดูแล สุขภาพ	148	98.67	2	1.33	-	-	4.54	0.410
- การรับรู้อุปสรรคของการดูแล สุขภาพ	113	75.33	28	18.67	9	6.00	3.83	0.715
ปัจจัยเอื้อ	144	96.00	6	4.00	-	-	4.32	0.460
- การได้รับคำแนะนำและปรึกษา จากบุคลากรสาธารณสุข	149	99.33	1	0.67	-	-	4.53	0.468
- การได้รับการสนับสนุน	122	81.33	27	18.00	1	0.67	4.17	0.568
ปัจจัยเสริม	148	98.76	2	1.33	-	-	4.28	0.417
- การสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน	139	92.67	11	7.33	-	-	4.28	0.443
- การสนับสนุนจากบุคลากร สาธารณสุข	143	95.33	6	4.00	1	0.67	4.30	0.526

การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (58%) (\bar{X} =3.75, S.D.=0.926) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การปฏิบัติงานของของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ (n=150)

การปฏิบัติงานของผู้ดูแล	ระดับการปฏิบัติ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. การให้ยาทางปาก	145	96.67	5	3.33	-	-	4.55	0.505
2. การวัดอุณหภูมิ ซีพจร อัตราการหายใจ	109	72.67	22	14.67	19	12.67	3.93	1.094
3. การวัดความดันโลหิต	110	73.00	33	22.00	7	4.67	4.10	0.915
4. การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวน ปัสสาวะ	91	60.67	23	15.33	36	24.00	3.47	1.363
5. การทำแผล Dry Dressing	113	76.33	18	12.00	19	12.67	3.83	1.224
6. การทำแผล Wet Dressing	111	74.00	20	13.33	19	12.67	3.80	1.198
7. การเช็ดตัวลดไข้	121	80.67	16	10.67	13	8.67	4.10	1.111
8. การดูดเสมหะ	74	49.33	39	26.00	37	24.67	3.37	1.409
9. การให้อาหารทางสายยาง	80	53.33	30	20.00	40	26.67	3.34	1.422
10. การดูแลผู้ป่วยใส่สาย ออกซิเจน	77	51.33	26	17.33	47	31.11	3.21	1.501
ภาพรวม การปฏิบัติงานของผู้ดูแล	87	58.00	48	32.00	15	10.00	3.75	0.926

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแล ทักษะของผู้ดูแล การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรู้ของผู้ดูแล ($r=0.827$, $P\text{-value}=0.004$) ทักษะของผู้ดูแล ($r=0.152$, $P\text{-value}=0.025$) การรับรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.491$, $P\text{-value}=0.006$) ปัจจัยเสริม ($r=0.173$, $P\text{-value}=0.045$) ตามลำดับ แต่ปัจจัยเอื้อไม่พบความสัมพันธ์ ($r=0.095$, $P\text{-value}=0.246$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

ตัวแปรต้น	การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ของผู้ดูแล	0.287	0.004*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	0.279	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- อาหารและโภชนาการผู้สูงอายุ	0.329	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การออกกำลังกายที่เหมาะสม	0.236	0.003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	0.293	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทัศนคติของผู้ดูแล	0.152	0.025*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม	0.188	0.030*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ	0.162	0.040*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- บทบาทของผู้ดูแล	0.133	0.050*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.491	0.006*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	0.172	0.012*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย	0.233	0.051*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพ	0.898	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ	0.188	0.021*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยเอื้อ	0.095	0.246	ไม่พบความสัมพันธ์
- การได้รับคำแนะนำและปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข	0.064	0.440	ไม่พบความสัมพันธ์
- การได้รับการสนับสนุน	0.071	0.391	ไม่พบความสัมพันธ์
ปัจจัยเสริม	0.173	0.045*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสนับสนุนจากครอบครัว/ชุมชน	0.163	0.046*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	0.172	0.027*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ได้ถูกต้องร้อยละ 83.1 ($R^2 = 0.831$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ($P\text{-value} < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ($P\text{-value} = 0.003$) อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ($P\text{-value} = 0.003$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4) โดยเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

$$Y (\text{การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ}) = 0.281 + [0.627 * \text{การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ}] + [0.122 * \text{การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ}] + [0.087 * \text{อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ}]$$

ตารางที่ 4 สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
1. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ	0.627	0.025	0.864	24.624	0.000
2. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ	0.122	0.040	0.105	3.024	0.003
3. อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ	0.087	0.029	0.107	3.014	0.003
Constant	0.281	0.157	-	1.796	0.075

ค่าคงที่ = 0.281, $F = 238.828$, $P\text{-value} < 0.001$, $R = 0.911$, $R^2 = 0.831$

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ได้ถูกต้อง 83.1% ประกอบด้วย ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ

ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) อธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุและวิธีการดูแลผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้ ทำให้มีทักษะการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาทักษะของตนเอง เพราะทักษะของผู้ดูแลถือว่าเป็นทักษะที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถและการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความ

มั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น การวัดความดันโลหิตสูง มีความจำเป็นอย่างมากที่ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องด้านเทคนิคและวิธีการ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter (1991) กล่าวว่า ความรู้เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยโน้มน้าวได้แก่ ความรู้ จากข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีระดับความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (31.33%) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่างๆของบุคคล ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการที่สำคัญที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องทราบ ได้แก่ ความรู้ในการเลือกอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหารประเภทโปรตีน ควรรับประทานเนื้อปลาแทนเนื้อวัว ผู้สูงอายุควรกินข้าวเป็นอาหารหลักเพื่อให้ได้สารคาร์โบไฮเดรตที่เพียงพอ โดยเฉพาะอาหารกลุ่มวิตามินและเกลือแร่ เช่น กินผักโดยเฉพาะผักสดเพราะจะทำให้ได้คุณค่าทางโภชนาการผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนายุส คำโสม และคณะ (2562) พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (P-value<0.001) และความรู้ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ทำนายได้อย่างถูกต้อง 64.8%

การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ หมายถึงการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974) จากข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (98.67%) ประกอบด้วย การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่แข็งแรงขึ้น และการจัดเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุดานผักและผลไม้จะช่วยลดอาการท้องผูกของผู้สูงอายุ การเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกและข้อต่อ การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมจะช่วยลดอุบัติเหตุการหกล้มของผู้สูงอายุได้และการติดตั้งราวบันไดในห้องน้ำช่วยแก้ปัญหาการลื่นล้มในห้องน้ำได้ ตามลำดับ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษา ทศนา วงศ์กิตติรัตน์ และคณะ (2563) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการจัดการสุขภาพของตนเองได้นั้น จะต้องมีการรับรู้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม

การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.021) อธิบาย

เหตุผลได้ว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นว่ามีอุปสรรคในด้านใดบ้าง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องใช้ทักษะในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะต้องใช้ทักษะที่อาศัยความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ค่อนข้างสูง แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุบางกิจกรรม เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน ทักษะเหล่านี้จะต้องใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติเพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์ให้กับผู้ดูแล ตรงกับความหมายของการรับรู้ของ Rosenstock (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลใดก็ตามจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมิให้เกิดกับตนนั้นจะต้องมีลักษณะการรับรู้ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงประโยชน์หรือคุณค่าของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นกับการรับรู้ว่าสิ่งเหล่านั้นมีอุปสรรคน้อยเพียงใด หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อยก็พร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและจะมุ่งที่จะปฏิบัติแต่พฤติกรรมที่เป็นประโยชน์หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นโทษนั้นๆ จากข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (75.33%) ประกอบด้วย ผู้สูงอายุมักมีความคิดคล้ายๆ กันว่าควรอาศัยอยู่รวมกันเฉพาะกลุ่ม โดยแยกจากคนกลุ่มอื่น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเหนื่อยล้าต่อการให้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเป็นการยากที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับปรุงตัวเองในการได้รับบริการความรู้ด้านสุขศึกษา รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ตามลำดับ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ (2563) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยจะสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่า ในการที่จะมีสุขภาพที่ดีจะต้องปฏิบัติตัวในด้านใดบ้างเพื่อที่จะลดอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการจัดทำแผนการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะๆ ต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีการจัดกิจกรรมการสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ดูแลในรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การศึกษาดูงานการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ให้ได้มีโอกาสนำผลการปฏิบัติงานมาถ่ายทอดให้แก่ผู้ดูแลอื่นๆ ได้นำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ชมพูนุช พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). วารสาร
 สำนักวิชาการสำนัก เลขานุการวุฒิสภา; 3(16): 3.
- ชญาส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น, เพลินพิศ บุญยกาลิก. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มี
 ภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ; 12(2): 193-207.
- เยาวลักษณ์ ปรปักษ์ขาม และคณะ. (2559). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2547. วารสารวิจัยระบบ
 สาธารณสุข; 4(2): 98-115.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน
 กองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. (2562). ทะเบียน Care giver จังหวัดนครสวรรค์ ปี 2562. นครสวรรค์:
 งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. (2565). สรุปรายงานประจำปี 2565. เอกสารอัดสำเนา. สำนักงาน
 สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์.
- ทัศนาวงศ์กิตติรัตน์, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยปอด
 อุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลย่านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
 ทหาร; 1(2): 12-23.
- พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
 สูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์
 บุรีรัมย์; 35(3): 653-665.
- Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Bloom, B.S. (1975). Taxonomt of Education. David McKay Company Inc., New York.
- 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.
- Green, L. W. and Kreuter, M.W.(1991). Health promotion planning: and environmental approach.
 Toronto: Mayfied Publishing.
- Rosenstock. (1974). History origins of the health belief model: Health Education Monograph.



ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

ศรสวรรค์ ประมณฑ์สิริ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 30 ราย โปรแกรมฯ พัฒนาขึ้นโดยนำผลวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ออกแบบโปรแกรมฯ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ด้านความรู้ด้านสุขภาพและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ (P-value<0.001) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ (P-value=0.002) การสื่อสาร (P-value<0.001) และการจัดการตนเอง (P-value=0.015) ตามลำดับ โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ด้านสุขภาพ, การรับรู้ความสามารถตนเอง, การสร้างแรงจูงใจ, การสนับสนุนกำลังใจ, การเรียนรู้ปัญญาสังคม กิจกรรม, แรงสนับสนุนทางสังคม, ร่วมกับทฤษฎีแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 อบรมเพิ่มพูนความรู้ทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 2 Self Help Group ในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมโดยใช้รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมที่ 3 การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพ กิจกรรมที่ 4 การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลและญาติ ระยะเวลาทดลอง 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์และสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองตัวแปร ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ได้แก่ ด้านความรู้เข้าใจ (P-Value<0.001) การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ (P-Value<0.001) การสื่อสาร (P-Value<0.001) และการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (P-Value<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ประสิทธิภาพ, โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี,

E-mail: SONSAWAN1970@gmail.com

Effectiveness of the promoting of quality of life program among elderly in NaKhum Sub-district Health Promoting Hospital, Ban Khok District, Uttaradit Province.

Sonsawan Paroonsiri ¹

Abstract

The Quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a program to promote the quality of life of the elderly in the area of Na Khum Subdistrict Health Promotion Hospital, Ban Khok District, Uttaradit Province. The sample size consisted of 30 elderly people. The program was developed by using the research results from Phase 1 to design the program, including variables that were significantly related to health literacy and had an effect on the quality of life of the elderly at a statistical level of 0.05, consisting of knowledge and understanding (P-value<0.001), access to health information and health services (P-value=0.002), communication (P-value<0.001), and self-management (P-value=0.015), respectively, by applying the theory of health perception, self-efficacy perception, motivation, moral support, social intelligence learning activities, and social support, along with participatory theory. It consisted of 4 activities: Activity 1: Training to enhance knowledge and skills in self-care for the elderly; Activity 2: Self-Help Group in the elderly group using the peer-to-peer model; and Activity 3: Increasing access to health services by Multidisciplinary team and health network Activity 4 Organizing knowledge exchange activities among the elderly, caregivers and relatives. The experimental period was 4 months. The tools used to collect data were interview forms and health data records. Data analysis used the Independent t-test. The research results found that after the experiment, the variables with significantly increased mean scores compared to before the experiment were health literacy, including knowledge and understanding (P-Value<0.001), access to health service information (P-Value<0.001), communication (P-Value<0.001), and self-management for safety (P-Value<0.001), respectively.

Keywords: Elderly, Effectiveness, Quality of life promotion program, Health literacy, Quality of life

¹ Public health technical officer, Professional Level. NaKhum Sub-district Health Promoting Hospital, Ban Khok District, Uttaradit Province. E-mail: SONSAWAN1970@gmail.com

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์ของกรมกิจการผู้สูงอายุและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ.2566 ร้อยละ 20.08 และในปี พ.ศ.2567 ร้อยละ 20.67 ของประชากรไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2567) และ คาดการณ์ ในปี พ.ศ.2585 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นร้อยละ 31.44 ซึ่งจะมีผลทำให้ประเทศไทย กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุเขตจังหวัด อุดรดิตต์ พบว่า มีจำนวนประชากรทุกกลุ่มวัยทั้งหมด จำนวน 437,491 คน จำนวนผู้สูงอายุ 109,207 คน ร้อยละ 25 ข้อมูลอำเภอบ้านโคก มีประชากรทุกกลุ่มวัยทั้งหมด จำนวน 10,024 คน ผู้สูงอายุ 1,983 คน ร้อยละ 19.80 ตำบลนาขุม มีประชากรทุกกลุ่มวัยทั้งหมด จำนวน 3,088 คน ผู้สูงอายุ 679 คน ร้อยละ 22 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

ข้อมูลตัวเลขฐานข้อมูล Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์ พ.ศ.2567 พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตต์ ดูแลประชากรเขตรับผิดชอบพื้นที่ หมู่ 1 (บ้านนาขุม), หมู่ 2 (บ้านห้วยเหล่า), หมู่ 5 (บ้านนาบัว) และ หมู่ 6 (บ้านห้วยไคร้) ประชากรทุกวัย จำนวน 1,850 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 352 คน ร้อยละ 19.03 จากข้อมูลนี้จะพบว่าในอีก 3 ปีข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตต์ จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) อย่างแน่นอน และประเมินกิจกรรมประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอด (Barthel Activities of Daily Living : ADL) กลุ่มติดสังคม จำนวน 341 คน ร้อยละ 96.88 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 9 คน ร้อยละ 2.56 กลุ่มติดเตียง จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.57 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์, 2567)

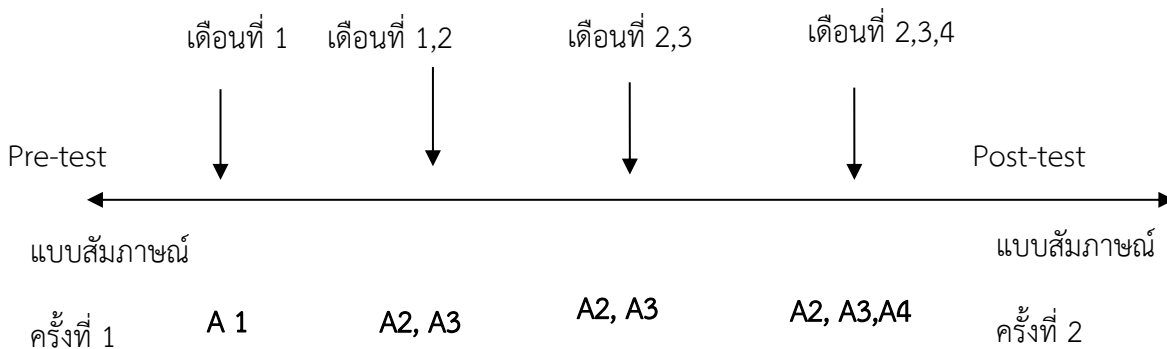
จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจ ที่จะ พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตต์ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อสร้างรูปแบบการเรียนรู้ เรื่องการจัดการตนเองด้านความรู้ ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยออกแบบงานวิจัยเป็น 2 ระยะ โดยเริ่มจากการวิจัยระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตต์ (ศรสวรรค์ ปรุณห์สิริ, 2567) และการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตต์ โดยการนำข้อมูลผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และมีผลต่อด้านความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลทาง

สุขภาพและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ 4) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย มาดำเนินการต่อในระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Bandura, 1997) ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ (Roger, 1986) ทฤษฎีการสนับสนุนกำลังใจ (Gibson, 1993) ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Green & Kreuter, 1999) ทฤษฎีกิจกรรม (Robert Havighurst, 1960) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ร่วมกับทฤษฎีปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Kemmis & Mc Taggart, 1988) โดยใช้กระบวนการ PAR (Participatory Action Research) มาออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะพึ่งพิงต่อครอบครัว และสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์

กรอบแนวคิดวิจัย



กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมอบรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในวัยสูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรม Self Help Group ในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นการจัดกิจกรรมโดยใช้รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยให้ผู้สูงอายุจับคู่เป็นบัดดี้กัน และคอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการจัดทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพ เข้าดูแลผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 4 การจัดกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการ Self Help Group ในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแล และญาติของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง การทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2567 - เดือนมีนาคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี จำนวน 200 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุอยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 2) เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ใช้ผลคะแนนประเมิน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 3) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี สามารถรับรู้ ติดต่อสื่อสารได้ปกติและไม่มีปัญหาในการสื่อสารภาษาไทย 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี จนครบทุกกิจกรรมได้ และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่างจะใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จาก ทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม จากรายชื่อผู้ป่วยที่ได้ทำวิจัยในระยะที่ 1 (จำนวน 200 คน) โดยนำรายชื่อของผู้สูงอายุมาเขียนลงในสลากแล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมาโดยไม่ใส่กลับคืน ให้ได้จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

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

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้อยกา และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.95 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.97 2) คุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.88

2. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (ธันวาคม) กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และความรอบรู้ ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมผู้สูงอายุกับการใช้ชีวิต เป็นการจัดกิจกรรม เพื่อเพิ่มทักษะในการใช้ชีวิตโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเน้นประเด็นความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ด้วยวิธีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การอบรมการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย การทบทวนความรู้ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเองในคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 (ธันวาคม-มกราคม) กระบวนการกลุ่มวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พุดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงเป็นแบบอย่าง (Modeling) มาเล่าประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างสภาวะทางจิตใจให้สมาชิกในกลุ่มผู้สูงอายุได้ฟัง เพื่อให้สมาชิกได้เกิดการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้กำลังใจ สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ด้วยการแชร์ประสบการณ์ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรม Self Help Group เป็นการจัดกิจกรรมโดยใช้รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยให้ผู้สูงอายุจับคู่เป็นบัดดี้กัน และคอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 3 (มกราคม-กุมภาพันธ์) การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพแก่กลุ่มผู้สูงอายุ โดยการจัดทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านร่วมกับแกนนำสุขภาพ (Care giver) เป็นการจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่บ้าน และในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นรายบุคคล เพื่อสนับสนุนให้กำลังใจ และเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 4 (มกราคม-มีนาคม) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่ผู้สูงอายุ สร้างการรับรู้ความสามารถ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และพุดคุยถึง การดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา รวมถึงเป็นการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดกิจกรรม Self Help Group ในกลุ่มผู้ดูแลและญาติของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยและกลุ่มผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันที่กลงในแบบบันทึกการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และการจัดการตนเอง ใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC888 - 0074 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษาวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศชาย และเพศหญิง จำนวน 15 คน เท่ากัน 50% ช่วงอายุของผู้สูงอายุ อยู่ระหว่าง >64 ปี จำนวน 13 คน 43.34% โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 64-75 ปี จำนวน 12 คน 40% อายุ>75 ปี จำนวน 5 คน 16.66% (\bar{X} =68.13, S.D.=8.30) อายุสูงสุด 87 ปี และต่ำสุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่/สมรสและอยู่ด้วยกัน จำนวน 21 คน 76.50% และมีสถานะหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่/คู่สมรสถึงแก่กรรม จำนวน 9 คน 22% ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา จำนวน 21 คน 70% รองลงมา ไม่ได้ศึกษา จำนวน 2 คน 6.70% อนุปริญญา และปริญญาตรี จำนวน 1 คนเท่ากัน 3.33% การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 20 คน 66.70% รองลงมาว่างงาน/ไม่มีอาชีพ จำนวน 5 คน 16.7% เลี้ยงดูบุตรหลาน จำนวน 3 คน 10% รับจ้างทั่วไป จำนวน 1 คน 3.33% และข้าราชการบำนาญ จำนวน 1 คน 3.33% เช่นกัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน จำนวน 14 คน 46.67% รองลงมารายได้อยู่ระหว่าง 2,000-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 13 คน 43.34% รายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 3 คน 10% ความเพียงพอของรายได้ตนเองต่อการดำรงชีวิตส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 21 คน 70% รายได้เพียงพอ จำนวน 9 คน 30% ลักษณะการพักอาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส/คู่ครอง จำนวน 11 คน 36.70% รองลงมาอาศัยอยู่บุตรหลานญาติ หรือคนอื่น ๆ จำนวน 7 คน 23.33% และคู่สมรส/คู่ครอง จำนวน 7 คน 23.33% อาศัยอยู่กับบุตรหลานญาติ หรือคนอื่น ๆ จำนวน 26 คน 13% และอาศัยอยู่คนเดียว จำนวน 5 คน 16.70% สิทธิหลัก ด้านการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท จำนวน 21 คน 70% รองลงมาสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการจำนวน 7 คน 23.30% และสิทธิประกันสังคม จำนวน 2 คน 6.70% โรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 17 คน 56.67% มีโรคประจำตัว 13 คน 43.33% และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 5 คน 29.41% ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคมากกว่า 5 ปี จำนวน 12 คน 70.59% ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากสามี/ภรรยา จำนวน 15 คน 50% บุตรดูแล 22 คน 73.30% หลาน 5 คน 16.70% บุตรสะใภ้/บุตรเขย จำนวน 1 คน 3.33% และบิดา/มารดา จำนวน 1 คน 3.33% เช่นกัน

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส จำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ		t	p-value	95%CI
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
	1 ความรู้ความเข้าใจ ตามหลัก 3อ2ส	3.99	0.48	4.46			
2 ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส	3.97	0.47	4.39	0.36	-3.91	<0.001	(-0.63)-(-0.20)
3 ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส	3.97	0.47	4.39	0.36	-3.91	<0.001	(-0.63)-(-0.20)
4 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ตามหลัก 3อ2ส	3.70	0.68	4.10	0.52	-2.52	<0.014	(-0.71)-(-0.08)
5 ด้านการตัดสินใจ ตามหลัก 3อ2ส	3.47	0.58	4.52	0.42	-8.02	<0.001	(-1.31)-(-0.79)
6 ด้านการจัดการตนเอง ตามหลัก 3อ2ส	3.90	0.48	4.37	0.49	-3.96	<0.001	(-0.71)-(-0.23)

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง

ข้อคำถาม ด้านคุณภาพชีวิต	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ		t	p-value	95%CI
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
	1 ด้านร่างกาย	3.30	0.43	3.67			
2 ด้านจิตใจ	3.59	0.69	4.48	0.30	-6.44	<0.001	(-1.16)-(-0.61)
3 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.61	0.36	4.21	0.32	-6.79	<0.001	(-0.78)-(-0.42)
4 ด้านสิ่งแวดล้อม	3.63	0.61	3.95	0.46	-2.30	<0.025	(-0.60)-(-0.04)
5 ด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม	3.67	0.69	4.13	0.52	-2.96	<0.004	(-0.78)-(-0.15)

อภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ และบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแตกต่างจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากพฤติกรรมเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลถ้าบุคคลมีความต้องการ และมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูง เมื่อตนเองปฏิบัติแล้ว จะได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนตามอย่างต่อเนื่อง เกิดความพยายามทุกวิถีทางในการปฏิบัติตน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (แว่นใจ นาคะสุวรรณ, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Baker, Williams, Parker, Gazmararian & Nurss (1999) ได้กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลตรงต่อความตั้งใจ หรือความสามารถของแต่ละคนในการเกาะติดกับข้อมูลสารที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2557) เช่นเดียวกับทฤษฎีความสามารถตนเองของ (Bandura, 1997) ซึ่งอธิบายว่าถ้าบุคคลมีความต้องการ และมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูง เมื่อตนเองปฏิบัติแล้ว จะได้รับ

ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง เกิดความพยายามทุกวิถีทางในการปฏิบัติตามให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (แวนใจ นาคะสุวรรณ, 2563) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะสามารถดูแลสุขภาพที่จำเป็น โดยการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ป็นเกิดโรคที่ป้องกันได้ ปกป้องตนเอง จากกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการบาดเจ็บภายในบ้านได้ตามความเหมาะสมในบริบทของตนเอง เนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี มีการจัดกิจกรรมที่ 1 คือ กิจกรรม การบรรยายให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมผู้สูงอายุกับการใช้ชีวิตเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะในการใช้ชีวิต โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเน้นประเด็นความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องด้วยวิธีการอบรมให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจ พบว่า หลังทดลอง ($\bar{X}=3.99$, S.D.=0.48) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=4.46$, S.D.=0.29) สอดคล้องกับงานวิจัยของสมใจ อ่อนละเอียด (2564)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพหุผลหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.010) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตจำแนกรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.034, 0.012, 0.036, 0.003 ตามลำดับ)

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข เป็นการศึกษาด้านโครงสร้างกลไก การทำงาน, ระบบข้อมูลสารสนเทศ, กระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม, การบูรณาการ, การติดตามและประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ($\bar{X}=3.97$ S.D.=0.47) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=4.39$, S.D.=0.36) เนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมที่ 3 โดยการจัดทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านร่วมกับแกนนำสุขภาพ (Care giver) เป็นการจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล โดยใช้ทฤษฎีการสนับสนุนให้กำลังใจ (Gibson (1993) เพื่อสนับสนุนให้กำลังใจและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินผลความสำเร็จจากการบันทึกข้อมูลลงในคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพ รวมถึงการใช้ทฤษฎีกิจกรรม (Robert Havighurst, 1960) ในประเด็น 5 อ. ได้แก่ 1) อาหาร ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารย่อยง่าย ได้สารอาหารปริมาณเหมาะกับวัยและ โรคประจำตัว 2) ออกกำลังกาย

กาย ให้เหมาะสมและสม่ำเสมอ 3) อารมณ์ ควรพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าลดคุณค่าในตัวเอง 4) อติเรก จัดทำสิ่งที่สนใจชอบจะช่วยให้มีความสุข 5) อนามัย สอดคล้องกับงานวิจัยของแวนใจ นาคะสุวรรณ (2564) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรม การส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชน พบว่าผลการวิจัย การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภายหลัง ได้รับโปรแกรมคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี โดยคะแนนหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของความรู้ การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ทำให้มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตัวดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในทางบวก

ด้านการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ($\bar{X}=3.90$, S.D.=0.48) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=4.37$, S.D.=0.49) เนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมที่ 2 กระบวนการกลุ่มวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงเป็นแบบอย่าง (Modeling) มาเล่าประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างสภาวะทางจิตใจให้สมาชิกในกลุ่มผู้สูงอายุได้ฟัง เพื่อให้สมาชิกได้เกิดการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเป็นการสนับสนุนให้กำลังใจสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันด้วยการแชร์ประสบการณ์ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรม Self Help Group เป็นการจัดกิจกรรมโดยใช้รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยให้ผู้สูงอายุจับคู่เป็นบัดดี้กัน และคอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สร้างความสุขได้ระบายพูดคุยผ่อนคลายแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงเป็นแบบอย่างทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Green & Kreuter, 1999) มาเล่าประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างสภาวะทางจิตใจให้สมาชิกในกลุ่มผู้สูงอายุได้ฟัง เพื่อให้สมาชิกได้เกิดการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม และกิจกรรมที่ 4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่ผู้สูงอายุ สร้างการรับรู้ความสามารถโดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และพูดคุยถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา และเป็นการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดกิจกรรม Self Help Group ในกลุ่มผู้ดูแลและญาติของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยและกลุ่มผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา พร้อมบันทึกลงในแบบบันทึกการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดย

ใช้หลักทฤษฎีปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Kemmis & Mc Taggart, 1988) โดยใช้กระบวนการ PAR (Participatory Action Research) โดยเน้น การวิเคราะห์ปัญหา การศึกษาแนวทางในการแก้ไขปัญหา วางแผน และดำเนินการตามแผนในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งกระบวนการประเมินผล โดยทุกขั้นตอนดังกล่าวแกนนำผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่าย องค์กรต่างๆ เข้าร่วมด้วย อันเป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริวรรณ ริมโพธิ์เงิน (2564) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุโรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พบว่า หลังพัฒนาผลการพัฒนา ได้คู่มือรูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) พัฒนาศักยภาพผู้จัดการรายกรณี 2) ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน 3) จัดกิจกรรมตามรูปแบบ 4) ติดตามการปฏิบัติกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยรวมมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

สรุปผลวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี สามารถทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ดีขึ้นได้ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยระยะที่ 2 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้อุปสรรคของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3๐2๘ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลา การทดลองโปรแกรมฯ เพียง 4 เดือน สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทางสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ย่อมลดอุปสรรคต่อภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุด้านคุณภาพชีวิตได้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการใหม่ ๆ งานวิจัยหรือนวัตกรรม ที่เชื่อมโยงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยนำเสนอนโยบายและผลการวิจัยนี้ ต่อผู้บริหารและเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ คลังความรู้. (2565) เรื่อง สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม

2567. เข้าถึงจาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/646#:~:text=%E0%B8%9>

- กรมกิจการผู้สูงอายุ คลังความรู้. (2564) เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2567.
เข้าถึงจาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/741>
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565) แผนปฏิบัติการกรมกิจการผู้สูงอายุ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570). สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2567.
เข้าถึงจาก https://www.dop.go.th/download/laws/th1714457495-845_0.pdf
- กรรณธัช ปัญญาใส. (2560) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 12(2), (1-10). สืบค้นเมื่อ 26 ธันวาคม 2567. เข้าถึงจาก <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/health/>
- กองสุขศึกษา. (2565). คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 26 ธันวาคม 2567.
เข้าถึงจาก <https://www.thaiphc.net/new2020/uploads/content/document/39>
- นินสา ปัญญา. (2564). การพัฒนารูปแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2567.
เข้าถึงจาก <http://202.28.34.124/dspace/bitstream/123456789/1522/1/>.
- นงนุช เชาวนศิลป์. (2563). เอกสารประกอบการสอนรายวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2567.
เข้าถึงจาก https://pws.npru.ac.th/nongnutch/system/sys_article/
- ภัทริน สุกาญจนาเศรษฐ์ และคณะ. (2553). การวิเคราะห์ข้อคำถาม ความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินผลลัพธ์. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ.10(2), 49-58.
- มนัญญา ภูแก้ว. (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. สำนักกฎหมาย. สืบค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2567. เข้าถึงจาก <https://www.parliament.go.th/ewtadminewt>
- โรงพยาบาลนครธน. (2553). ปัญหาของผู้สูงอายุที่พบบ่อย หากปล่อยไว้กระทบคุณภาพชีวิต . สืบค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2567. เข้าถึงจาก <https://www.nakornthon.com/article/>
- วริยา บุญทอง และคณะ. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานอายุ15-59 ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 6. สืบค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2567.
เข้าถึงจาก <https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/general-of-3/download/?did=2>

- แว่นใจ นาคะสุวรรณ. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. กรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยนานาชาติพระนคร มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร. วารสารพยาบาลตำรวจ. 12(1), 171-180.
- ศิริวรรณ रिมนโพธิ์เงิน. (2564). ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุโรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2567 เข้าถึงจาก <https://backoffice.udpho.org>control>download>.
- ศรสวรรค์ ปฐมหัสสิริ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุม อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น. 5(4), 1-12.
- สมชาย สุขสิริเสรีกุล. (2539). หลักการและการประยุกต์ใช้คุณภาพชีวิต. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 4(3), 214-215.
- สมรัตน์ ขำมา. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(3), (153-162).
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และวิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล. (2554). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. กรมสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2567. เข้าถึงจาก <https://dmh.go.th/test/whoqol/>.
- สุรัชย์ ปัญญาพทธิพงษ์. (2565). เรื่อง ทำอย่างไรให้คุณภาพชีวิตดี. กรมสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2567. เข้าถึงจาก <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2486>
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารสาธารณสุข. (2566). แผนปฏิบัติราชการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ.2566-2570). สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2567. เข้าถึงจาก <https://phdb.moph.go.th/main/editors/userfiles/file>
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2557). การพัฒนาและใช้เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. สืบค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2567. เข้าถึงจาก <http://bsris.swu.ac.th/upload/243362.pdf>
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย.

- กองสนับสนุนบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2567.
เข้าถึงจาก <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>
- อนันต์ มาลารัตน์. (2560). ทฤษฎีและแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ. ศูนย์อนามัยที่ 5
สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2567. เข้าถึงจาก <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2>
- อรรวรรณ ม่วงวงษา. (2563). ความหมายของแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2567. เข้าถึงจาก <https://nurse.pbru.ac.th/th/wp->
เอมฤทัย กำเนิด. (2563) ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาพลังด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ.
สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2567. เข้าถึงจาก <https://www.hu.ac.th/Conference/confe>
- Bandura, Albert. (1997). Self – efficacy : The exercise of control. New York : W.H. Freeman.
and company.
- Green, L. W., & Kreuter M. (1999). Health Promotion Planning: An Educational And
Enviromental Approch. California: May field publishing.
- Gibson, C.H. (1993). A study of empowerment in mother of chronically. Michigan:
Boston College.
- House, J. W. (1981). Work stress and social support. Menlo park: Addison-Wesley.
- Kemmis, s and McTaggart.R (1988). The action Research Planne. (3rded.). Geelong,
Australia: Deaking University Press.
- Nutbeam, D.(2008). The evolving concept of health literacy. Social Science Medicine.67.2072-
2078.
- Roger, A., (1986). Teaching Adults. Milton Keynes : Open University Press.



ประสิทธิผลโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

จันทร์เพ็ญ พวงดอกไม้¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 30 ราย โปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตพัฒนาขึ้นโดยการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ (ทัศนคติต่อการป้องกันโรค ทัศนคติต่อการปรับพฤติกรรม) โดยประยุกต์ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนให้กำลังใจ และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 เสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้แก่นาง อสม. กิจกรรมที่ 2 เสริมทักษะการวัดความดันโลหิต กิจกรรมที่ 3 เสริมทักษะการใช้แอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ กิจกรรมที่ 4 เสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่ 5 ติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่ 6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระยะเวลาการทดลอง 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองตัวแปรที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรู้ (P-Value<0.001) ทัศนคติ (P-Value<0.001) พฤติกรรม (P-Value=<0.001ตามลำดับ การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ภายหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001)

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, ประสิทธิผล, โปรแกรมการควบคุมความดันโลหิต

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์, E-mail: jnnp143@gmail.com

Effectiveness of the Blood Pressure Control Program for Patients with Hypertension at Phayaman Sub-District Health Promoting Hospital, Pichai District, Uttaradit Province.

Junpen Phoungdokmai¹

Abstract

This Quasi-experimental study with a one-group pre-test and post-test design aimed to investigate the effectiveness of a blood pressure control program for patients with uncontrolled hypertension. The sample group consisted of 30 patients with uncontrolled hypertension. The blood pressure control program was developed by applying the research results from the first phase to design the program. The statistically significant variables associated with blood pressure control at the 0.05 level, including, knowledge and attitudes (attitudes towards disease prevention and attitudes towards behavior modification) by applying theories related to knowledge, attitudes, and behavior along with social support, encouragement, and reminders using social support, consisting of 6 activities: Activity 1: Enhancing knowledge and understanding of hypertension for primary care unit leaders. Activity 2: Enhancing blood pressure measurement skills. Activity 3: Enhancing skills in using the Sor. Buddy application. Activity 4: Enhancing knowledge, understanding, and attitudes about hypertension for patients with hypertension. Activity 5: Follow-up home visits to patients with hypertension. Activity 6: Knowledge exchange forum. The experimental period was 4 months. The data collection tool was a questionnaire. Data analysis was performed using Independent t-test statistics. The research results showed that after the experiment, the variables with increased mean scores compared to before the experiment were statistically significant, including knowledge (P-Value<0.001), attitudes (P-Value<0.001), and behaviors (P-Value=0.19), respectively. Finally, blood pressure control after the experiment had a significantly lower mean compared to before the experiment (P-value<0.001)

Keywords : Hypertension, Effectiveness, Blood Pressure Control Program

¹Public Health Expert, Phaya Man Sub-District Health Promotion Hospital, Phichai District, Uttaradit Province,
E-mail: jnpr143@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก โดยพบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1,280 ล้านคน โดยส่วนใหญ่ (สองในสาม) อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อย และรายได้ปานกลาง พบในผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 46 โดยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค และพบว่าสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ประมาณ 1 ใน 5 คน (21%) พบว่าโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Health Organization, 2566) ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 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) จังหวัดอุดรธานี มีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 77,114 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 2,323 คน และพบผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 6,395 คน สำหรับอำเภอพิชัย จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 13,127 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 340 คน และพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 831 คน เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ทำให้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นของผู้ป่วยในระดับอำเภอ (ฐานข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2566)

จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน ตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นข้อมูลในระดับตำบล พบว่าตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรธานี ก็มีข้อมูลแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน โดยพบว่าในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,197 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 จำนวน 52 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้น จำนวน 92 คนและจากการศึกษาปฏิบัติการเกิดโรคย้อนหลังทำให้พบว่าตำบลพญาแมนเองนั้นกำลังประสบกับปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มของประชากร ตั้งแต่อายุ 30-80 ปี ที่ค่อนข้างสูง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2566) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตและส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ส่งผลกระทบต่อร่างกายเริ่มแรกจะพบอาการปวดศีรษะ เนื่องจากมีการขยายตัวของหลอดเลือดอย่างมากซึ่งมักจะมีอาการหลังตื่นนอน ปวดบริเวณ ท้ายทอย มีเลือดกำเดาไหล หรืออาจมีอาการสับสน งุนงง คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้เป็นอาการเตือนของภาวะควบคุมความ

ต้นโลหิตไม่ได้เป็นเวลานานส่งผลทำลายอวัยวะเป้าหมาย (Target organ damage) โดยทำให้เกิดภาวะหัวใจโต กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองแตก สมองขาดเลือด เกิดภาวะไตวายและมีการเปลี่ยนแปลงของประสาทจอภาพนัยน์ตา ทำให้ตามัวถึงบอดได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนารณฤและคณะ, 2552; Kirshner, 2009)

จากข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของตำบลพญาแมน ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยออกแบบงานวิจัยเป็น 2 ระยะ โดยเริ่มจากการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ (จันทร์เพ็ญ พวงดอกไม้, 2567) และการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการนำข้อมูลผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 1.ด้านความรู้ 2.ด้านทัศนคติ มาดำเนินการต่อในระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP : Knowledge Attitude Practice) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

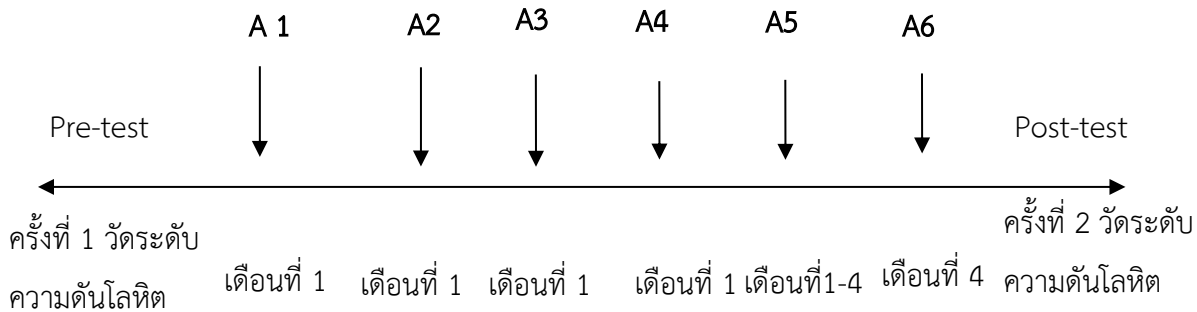
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบกรอบแนวคิดโดยนำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP : Knowledge Attitude Practice) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การ

สนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยการสร้างโปรแกรมจำนวน 6 กิจกรรม ประกอบด้วย

- กิจกรรมที่ 1 การเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ ทักษะชีวิต เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้แก่นำ อสม. (A1)
- กิจกรรมที่ 2 การเสริมทักษะการวัดความดันโลหิตให้แก่นำ อสม. (A2)
- กิจกรรมที่ 3 การเสริมทักษะการใช้แอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ให้แก่นำ อสม. (A3)
- กิจกรรมที่ 4 การเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ ทักษะชีวิต เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง (A4)
- กิจกรรมที่ 5 การติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (A5)
- กิจกรรมที่ 6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (A6)



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2567-มีนาคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 6 เดือน ปีงบประมาณ 2566 ที่มีรายชื่อรับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน ที่มีสิทธิการรักษาอยู่ ณ อำเภอพิชัยและอาศัยอยู่ตามทะเบียนบ้าน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 110 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ที่มีระดับความดันโลหิต มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 110 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าได้แก่ 1) มีรายชื่อเข้ารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน ปีงบประมาณ 2566 2) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างจะใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จาก ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ที่มีระดับความดันโลหิต มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จากรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 110 คน) โดยนำรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาเขียนลงในสลากแล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมา โดยไม่ใส่กลับคืน ให้ได้จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิต ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวแปรกลุ่ม (Dichotomous data) ประกอบด้วย การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ค่า BP ไม่เกิน 140/90 mmHg) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ความรู้ ได้แก่ สาเหตุ, อาการ, การป้องกัน ข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำตอบให้เลือกข้อที่ถูกต้อง จากตัวเลือกข้อ ก ข ค ง เกณฑ์การให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะคิด ได้แก่ ทักษะคิดต่อการป้องกันโรค, ทักษะคิดต่อการปรับพฤติกรรม, ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ตามหลัก 3อ 2ส. ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่

บุหรี ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83

2) โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพัฒนามาจากผลวิจัยระยะที่ 1 นำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม (KAP : Knowledge Attitude Practice) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาออกแบบกิจกรรมเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิต จำนวน 6 กิจกรรม

การทดลองและการเก็บข้อมูล

1. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพัฒนามาจากผลวิจัยระยะที่ 1 นำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม (KAP : Knowledge Attitude Practice) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาออกแบบกิจกรรมเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิต จำนวน 6 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่1 ธันวาคม 2567) การเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้แกนนำ อสม.เป็นการอบรมให้ความรู้โดยการบรรยาย เพื่อให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มทักษะความรู้ ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Knowledge and health literacy skill) และการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นประเด็นการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคความดัน

โลหิตสูงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสามารถนำทักษะนี้ไปใช้ในการเยี่ยมบ้านติดตามเสริมพลังและวัดระดับความดันโลหิต

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่1 ธันวาคม 2567)เสริมทักษะการวัดความดันโลหิตให้แก่แกนนำอสม. เพิ่มทักษะการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต ฝึกปฏิบัติรายบุคคลในการวัดความดันโลหิตและการแปลผลค่าความดันโลหิต

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่1 ธันวาคม2567) เสริมทักษะการใช้แอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ให้แก่แกนนำ อสม.

เพื่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การใช้แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ แก่แกนนำ อสม.ในการให้ความรู้ในการใช้แอปพลิเคชัน บันทึกผลการวัดระดับความดันโลหิต. การให้ความรู้คำแนะนำติดตามอาการและการรายงาน โดยฝึกเป็นกลุ่มย่อยพร้อมการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่2 ธันวาคม) การเสริมทักษะความรู้ ทักษะคติ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยอบรมให้ความรู้ ด้านอาการของโรค ด้านการรักษาและการป้องกันโรค โดยผนวกกับทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม (KAP : Knowledge Attitude Practice) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการป้องกันโรค และทัศนคติการปรับพฤติกรรม รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและแนวทางแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 5 (ธันวาคม67- มีนาคม68) การติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้โดย แกนนำ อสม.ผ่านแอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ โดยผู้วิจัยใช้แอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ส่งผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้และมีการติดตามผลการเยี่ยมบ้านผ่านแอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ การติดตามผลการเยี่ยมบ้าน จะเป็นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านและในชุมชนโดย แกนนำ อสม. ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) เพื่อสนับสนุนให้กำลังใจและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และการติดตามวัดความดันโลหิต ผ่านแอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้

กิจกรรมที่ 6 (มีนาคม 68) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบ่งปันประสบการณ์หลังจากการเรียนรู้กิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 โดยการจัดกิจกรรมแบ่งปันประสบการณ์ด้านความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม ในการดูแลตนเอง อุปสรรคที่พบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน วางแผนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองร่วมกันโดยการเขียนเป้าหมายสุขภาพส่วนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมระดับความดันโลหิต ใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0077 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษาวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีสัดส่วนของเพศชาย (53.33%) มากกว่าเพศหญิง (46.67%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี (80%) (\bar{X} =58.43, S.D.=6.35, Max=71, Min=46) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (73.30%) จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (76.70%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (60%) แม่บ้าน/ทำงานบ้านตนเอง (3.30%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวระหว่าง 2000-10,000 บาท (63.30%) (\bar{X} =6,953.33, S.D.= 5,041.73, Max=20,000, Min=0) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานระหว่าง 2-10 ปี (64%) (\bar{X} =6.58, S.D.= 5.48, Max=21, Min=1)

2. ความรู้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.032) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้จำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ความรู้	10.03	1.39	11.10	2.26	-2.19	58	0.032	-2.03-(-0.93)
-ด้านสาเหตุ	0.56	0.36	0.74	0.28	-2.10	58	0.039	-0.34-(-0.009)
-ด้านอาการ	0.85	0.23	0.96	0.18	-2.15	58	0.035	-0.22-(-0.008)
-ด้านการรักษาและการป้องกัน	0.66	0.13	0.81	0.07	-5.28	58	<0.001	-0.21-(-0.095)

3. ทักษะคิด

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะคิด สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบด้านทักษะคิดจำแนกรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ทักษะคิด	2.40	2.40	4.12	4.10	-14.96	58	<0.001	-1.94-(-1.48)
- ด้านการป้องกันโรค	2.60	0.36	4.09	0.56	-12.11	58	<0.001	-1.73-(-1.24)
- ด้านการปรับพฤติกรรม	2.90	0.48	4.05	0.67	-7.53	58	<0.001	-1.44-(-0.84)

4. พฤติกรรม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบด้านพฤติกรรม จำแนกรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
พฤติกรรม	2.49	0.36	2.92	0.44	-4.0	58	<0.001	-0.63(-0.21)
- ด้านการรับประทานอาหาร	2.59	0.55	2.94	0.57	-2.41	58	0.19	-0.64 - (-0.60)
- ด้านการออกกำลังกาย	2.38	0.80	2.81	0.76	-2.10	58	0.04	-0.83 - (-0.02)
- ด้านอารมณ์	2.89	0.53	3.07	0.46	-1.40	58	0.16	-0.44 - (0.76)
- ด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา	1.50	0.69	2.08	1.05	-2.53	58	0.014	-1.04 - (-0.12)
- ด้านการรียประทานยา	2.44	0.61	2.72	0.64	-1.70	58	0.09	-0.60 - (0.04)
- ด้านการปฏิบัติตัว	3.21	0.64	4.12	0.66	-5.41	58	<0.001	-1.24 - (-0.57)
- ด้านการรับประทานยาสมุนไพร	1.42	0.60	2.38	1.24	-3.50	58	<0.001	-1.49 - (-0.41)

5. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับของความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองมีค่าระดับของความดันโลหิตอยู่ในระดับไม่เกินเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ระดับความดันโลหิต	1.0	0.0	0.06	0.25	20.14	58	<0.001	0.84 – 1.02

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้ ของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P-value<0.032) อธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาและการป้องกันของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นเป็นความสามารถและทักษะของบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจเพื่อนำไปวิเคราะห์และแปลความหมาย ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดทัศนคติที่ดีขึ้น ในด้านการป้องกันโรค และทัศนคติต่อการปรับพฤติกรรม สืบเนื่องมาจากโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่ 4 การกิจกรรมเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ

เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Knowledge Attitude Practice) ผู้วิจัยอบรมให้ความรู้ ด้านอาการของโรค ด้านการรักษาและการป้องกันโรค โดยผนวกกับทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP : Knowledge Attitude Practice) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการป้องกันโรค และทัศนคติการปรับพฤติกรรม รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและแนวทางแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ 1 การเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้แก่นำ อสม.เป็นการอบรมให้ความรู้โดยการบรรยาย เพื่อให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มทักษะความรู้ ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Knowledge and health literacy skill) และการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นประเด็นการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการนำทักษะนี้ไปใช้เยี่ยมบ้านติดตามเสริมพลังและติดตามวัดระดับความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ($\bar{X}=11.10$, S.D.=2.26) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=10.03$, S.D.=1.39) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริลักษณ์ ช่วงมี (2566) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เขตพื้นที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ 2) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ 3) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ 4) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

ทัศนคติ ของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) อธิบายได้ว่า ทัศนคติต่อการป้องกันโรค และทัศนคติต่อการปรับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น เป็นความสามารถและทักษะของบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจเพื่อนำไปวิเคราะห์และแปลความหมาย ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดทัศนคติที่ดีขึ้น สืบเนื่องมาจากโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่ 4 การกิจกรรมเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Knowledge Attitude Practice) ผู้วิจัยอบรมให้ความรู้ ด้านอาการ

ของโรค ด้านการรักษาและการป้องกันโรค โดยผนวกกับทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP : Knowledge Attitude Practice) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการป้องกันโรค และทัศนคติการปรับพฤติกรรม รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและแนวทางแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ 1 การเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้แก่นำ อสม.เป็นการอบรมให้ความรู้โดยการบรรยาย เพื่อให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มทักษะความรู้ ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Knowledge and health literacy skill) และการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและความสำคัญ ของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นประเด็นการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และการนำทักษะนี้ไปใช้เยี่ยมบ้านติดตามเสริมพลังและติดตามวัดระดับความดันโลหิต ผล การศึกษาพบว่า ทักษะ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง (\bar{X} =4.09, S.D.=0.56) เพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนทดลอง (\bar{X} =2.60, S.D.=0.36)

พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ก้านอารมณ์ ด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ด้านการรับประทานยา ด้านการปฏิบัติตัวและด้านการรับประทานยา สมุนไพร หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแตกต่างจากก่อน ทดลอง เนื่องจากการได้รับรู้ข้อมูลจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยผ่าน การตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง และผ่านการแบ่งปันประสบการณ์การดูแลสุขภาพจากกลุ่มเสี่ยงโรคความ ดันโลหิตสูงด้วยกัน และนำไปปฏิบัติจนเกิดเป็นพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของ บุคคลในการกระทำหรือเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตน ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2543) โดยมีการจัดกิจกรรมที่ 4 การ กิจกรรมเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Knowledge Attitude Practice) ผู้วิจัยอบรมให้ความรู้ ด้านอาการของโรค ด้านการรักษาและการป้องกันโรค โดยผนวกกับ ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP : Knowledge Attitude Practice) ร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคม (Social support) การสนับสนุนให้กำลังใจ(Empowerment) และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุน ทางสังคม (Social support) เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการป้องกันโรค และทัศนคติการปรับพฤติกรรม รวมทั้ง ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและแนวทางแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ 1 การเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้แก่นำ อสม.เป็นการอบรมให้ความรู้เพื่อให้ความรู้

พื้นฐานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มทักษะความรู้ ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Knowledge and health literacy skill) และการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นประเด็นการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการนำทักษะนี้ไปใช้เยี่ยมบ้านติดตามเสริมพลังและติดตามวัดระดับความดันโลหิต กิจกรรมที่ 6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบ่งปันประสบการณ์หลังจากการเรียนรู้กิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 โดยการจัดกิจกรรมแบ่งปันประสบการณ์ด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม ในการดูแลตนเอง อุปสรรคที่พบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน วางแผนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองร่วมกันโดยการเขียนเป้าหมายสุขภาพส่วนตัวจะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า หลังทดลอง ($\bar{X} = 2.92, S.D.=0.44$) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 2.49, S.D.=0.36$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ นวลอนงค์ ศรีสุกใสย (2567) ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P\text{-value}<0.001$)

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้ แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) โดยมีการจัดกิจกรรมที่ 1 การเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้แก่แกนนำ อสม.เป็นการอบรมให้ความรู้โดยการบรรยาย เพื่อให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มทักษะความรู้ ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Knowledge and health literacy skill) และการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นประเด็นการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสามารถนำทักษะนี้ไปใช้ในการเยี่ยมบ้านติดตามเสริมพลังและวัดระดับความดันโลหิต กิจกรรมที่ 2 เสริมทักษะการวัดความดันโลหิตให้แก่แกนนำ อสม. เพิ่มทักษะการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต ฝึกปฏิบัติรายบุคคลในการวัดความดันโลหิตและการแปลผลค่าความดันโลหิต กิจกรรมที่ 3 เสริมทักษะการใช้แอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ให้แก่แกนนำ อสม.เพื่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การใช้แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ แก่แกนนำ อสม.ในการให้ความรู้ในการใช้แอปพลิเคชัน บันทึกผลการวัดระดับความดันโลหิต. การให้ความรู้คำแนะนำติดตามอาการและการรายงาน โดยฝึกเป็นกลุ่มย่อยพร้อมการฝึกปฏิบัติ จะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบของค่าระดับความดันโลหิตพบว่า หลังทดลอง ($\bar{X} = 0.06, S.D.=0.25$) ลดลงก่อนทดลอง (\bar{X}

=1.0, S.D.=0.0) ศิริลักษณ์ ช่วงมี (2566) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เขตพื้นที่โรงพยาบาลสทิงพระ อำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

สรุปผลวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์ สามารถทำให้ระดับมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลดลงได้เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์นี้ สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์ หรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และควรขยายผลการศึกษาวิจัยไปในพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ โปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับค่าความดันโลหิต

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. (2023). วัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ “รู้เลข รู้เสี่ยง เลี่ยงโรคไม่ติดต่อ”, สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2567.

จาก. <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=34117&deptcode=brc>

จันทร์เพ็ญ พวงดอกไม้ (2567), ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พญาแมน อำเภอยะลา จังหวัดอุดรธานี, สืบค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2567

จาก. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/3760/2796>

ธนพร บึงมูม, สงกรานต์ กลั่นด้วง. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(3): 371-379

นวลอนงค์ ศรีสุกใส.(2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาขลุ่ย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจกริรัช. 4(1)

ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส สีนหกุล และพัสมณต์ คุ้มทวีพร. (2552). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

ศิริลักษณ์ ช่างมี.(2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เขตพื้นที่โรงพยาบาลสติงพระ อำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา สืบค้นเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2568.

จาก. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1802/1375>

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2019). Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension), สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2567.

จาก. https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2023). การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ, สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2567. จาก.https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

World Health Organization (WHO). (2023). Hypertension, สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2567. จาก. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#>



ประสิทธิผลโปรแกรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี

วสันต์ ทองคาย ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ เกษตรกรผู้ปลูกข้าว จำนวน 30 ราย โปรแกรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว พัฒนาขึ้นโดยการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ด้านทักษะการสื่อสาร (P-value<0.001) ทักษะการจัดการตนเอง (P-value<0.001) ทักษะการตัดสินใจ (P-value=0.040) การรู้เท่าทันสื่อ (P-value=0.016) ตามลำดับ โดยประยุกต์ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการจัดการตนเอง ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้อง กิจกรรมที่ 2 เสริมสร้างทักษะการสื่อสาร ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ในการสื่อสารกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ 3 เสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ ในการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือกด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว กิจกรรมที่ 4 เสริมสร้างทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยการให้ความรู้ก่อนการใช้สารเคมี, ขณะใช้สารเคมีและหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระยะเวลาทดลอง 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองตัวแปรที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (P-Value<0.001), พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (P-Value<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: เกษตรกรผู้ปลูกข้าว, ประสิทธิผล, โปรแกรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี

E-mail: wnongkhai@gmail.com

Effectiveness of Pesticide Using Protection Program Among Rice Farmer in Bandannakam Sub-District Health Promotion Hospital Mueang District, Uttaradit Province

Wasan nongkhai¹

Abstract

This Quasi experimental research was to study one group pretest-posttest design which aimed to Effectiveness of pesticide using protection Program among rice farmer in bandannakam sub-district health promotion hospital mueang district uttaradit province. Population in this study consisted of 30 rice farmer. This program was developed from all significantly factors from research study in phrase 1 , Fators related to pesticide using protection behaviors among rice farmer with statistic significantly at 0.05 level including; communication skill (P-value<0.001), self-management skill (P-value<0.001) , decision skill (P-value<0.04 0) , media literacy skill (P-value<0.01 6) respectively. The program was developed activity in by applying health literacy composed of 5 activities including, assessment of cognitive skills , assessment of self-management skills, assessment of communication skills, assessment of decision skills, assessment of media Literacy skills, assessment of pesticide using protection behaviors and assessment with in lasted 4 months. The instrument used for data collection was questionnaire to test research hypothesis by Independent t-test. The result showed that after the experimentation, the factors significant increased mean score of health literacy (P-Value<0.001) , pesticide using protection behaviors (P-Value<0.001) respectively.

Keywords: rice farmer, effectiveness, program of pesticide using protection

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

บทนำ

จากการประเมินผลการปฏิบัติงานของจังหวัดอุดรดิตถ์ มีประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรม เป็นส่วนใหญ่จากการเฝ้ากลุ่มเสี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่อการสัมผัสสารพิษกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์โธโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต จากการเจาะเลือดคัดกรองด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper) ยังพบว่า มีกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยอยู่ จากผลการดำเนินงานปี 2562-2566 พบว่า เกษตรกรมีผลเลือดเสี่ยงและไม่ปลอดภัยมีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับร้อยละ 29.87, 34.35, 26.05, 29.07 และ 37.91 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2566) การเฝ้าระวังสุขภาพเกษตรกรอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ ในปีพ.ศ.2566 พบว่า เกษตรกรหรือกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจโดยใช้กระดาษ Reactive paper จำนวน 1,418 คน ผลการตรวจเลือดเกษตรกรที่มีความเสี่ยงหาสารเคมีตกค้างในเลือดโดยใช้กระดาษ Reactive paper พบระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยจำนวน 663 คน คิดเป็นร้อยละ 46.76 ผู้ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ ปีพ.ศ. 2566 มีจำนวน 9 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 7.69 ต่อแสนประชากร จำแนกเป็น สารกำจัดแมลง จำนวน 7 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5.98 ต่อแสนประชากร สารกำจัดวัชพืช จำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.85 ต่อแสนประชากร สารกำจัดศัตรูพืชอื่นๆ จำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.85 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2566) จากแนวโน้มของประชาชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ จึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของเกษตรกรเพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากมีเกษตรกรที่ใช้สารเคมีเพิ่มมากขึ้น มีผลให้เกษตรกรมีผลเลือดเสี่ยงและไม่ปลอดภัยมีแนวโน้มสูงขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2566)

โปรแกรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนนาขาม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมดังกล่าว โดยนำตัวแปรจากการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนนาขาม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) พฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว (วสันต์ หนองคาย, 2567) มาดำเนินการต่อในระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มาออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกษตรกรผู้ปลูกข้าว เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่านนาขาม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดวิจัย

โปรแกรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่านนาขาม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 5 กิจกรรม

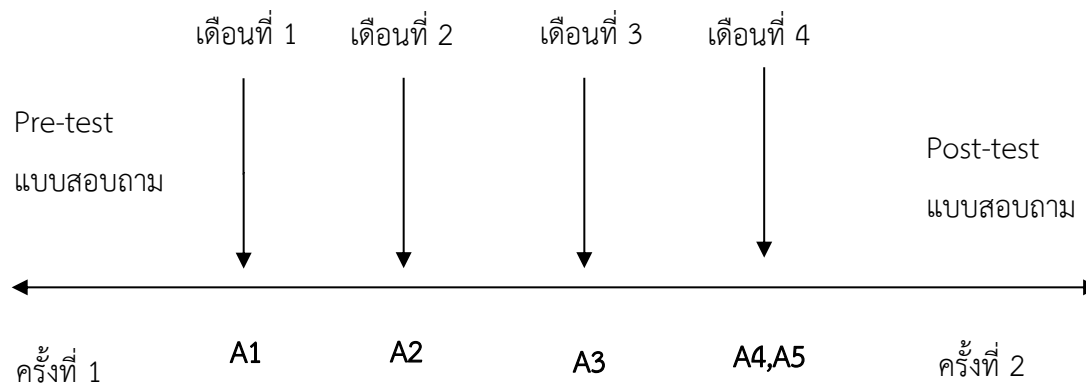
กิจกรรมที่ 1 เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการจัดการตนเอง ในการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (A1)

กิจกรรมที่ 2 เสริมสร้างทักษะการสื่อสาร ของเกษตรกรผู้ปลูก ข้าวในการสื่อสารกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ (A2)

กิจกรรมที่ 3 เสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ ในการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือกด้านสุขภาพ (A3)

กิจกรรมที่ 4 เสริมสร้างทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ (A4)

กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการให้ความรู้ก่อนการใช้สารเคมี, ขณะใช้สารเคมีและหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (A5)



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง การทดลอง (One group pretest-posttest design) ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2567-มีนาคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 267 คน (เกษตรกรอำเภอเมืองอุตรดิตถ์,2566)

กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกรผู้ปลูกข้าว จำนวน267 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) เกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่มีรายชื่อบนทะเบียนบ้านในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม 3) เกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การ คัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดำนานาขาม อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ (จำนวน 267 คน) โดยนำรายชื่อเกษตรกรผู้ปลูกข้าวมาเขียนลงในสลาก แล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมาโดยไม่ใส่กลับคืนโดยให้ได้จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว โดยพัฒนามาจากผลวิจัยระยะที่ 1 นำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ มาออกแบบกิจกรรมเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกษตรกรผู้ปลูกข้าว เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 5 กิจกรรม

2) แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการทำการทำนา ระยะเวลาในการใช้สารเคมีของเกษตรกร ผู้ปลูกข้าว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจ

เลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ได้แก่
พฤติกรรมก่อนใช้ ขณะใช้และหลังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบ
ประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ
3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเกษตรกรผู้ปลูกข้าว และคำนวณค่าความ
เชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81

ขั้นตอนการทดลองและการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการทดลอง

กิจกรรมที่ 1 (ธันวาคม 2567) เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) ทักษะการจัดการตนเอง
(Self-management skill) ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูล
สุขภาพที่จำเป็นเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง แม้ว่าจะมีภารกิจมากแต่สามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแล
สุขภาพตนเองได้ เป็นการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่เกษตรกรผู้ปลูกข้าว เพื่อ
เพิ่มทักษะความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาคำพูดที่ผู้ให้บริการสุขภาพ ได้ถ่ายทอดให้และสามารถทำตามคู่มือด้าน
สุขภาพที่เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติได้ครบถ้วน โดยเน้นประเด็น ในการสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ที่
คนอื่น ๆ เขียนได้ทุกครั้งี่อ่านข้อมูล และมีการวางแผน ในการทำกิจกรรมสุขภาพที่จำเป็นเพื่อสุขภาพที่ดีของ
ตนเอง

กิจกรรมที่ 2 (มกราคม 2568) เสริมสร้างทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ของเกษตรกรผู้ปลูก
ข้าว ในการสื่อสารกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ สามารถติดต่อและเข้าถึงบุคคลหรือกลุ่มคนที่มี
ความรู้ด้านสุขภาพได้ โดยมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่ให้ข้อมูล ด้านสุขภาพได้ เพื่อให้เกษตรกรผู้ปลูก
ข้าวเกิดทักษะในการสื่อสาร สามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพ ให้บุคคลอื่นยอมรับและเข้าใจได้ โดยเน้นการใช้
อุปกรณ์หรือแอปพลิเคชันต่างๆในการสื่อสารกับบุคคลอื่น

กิจกรรมที่ 3 (กุมภาพันธ์ 2568) เสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ในการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือกด้านสุขภาพ โดยค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง นำมาศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเอง รู้ว่าจะหาข้อมูลด้านสุขภาพนั้น ได้อย่างไรเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล โดยเน้นเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพและตรวจสอบ ความถูกต้องของแหล่งที่มาข้อมูลนั้น ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม

กิจกรรมที่ 4 (มีนาคม 2568) เสริมสร้างทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy skill) ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ สามารถเก็บและคัดกรองข้อมูลและรับรู้เข้าใจเนื้อหาของสื่อประเภทต่าง ๆ ได้อย่างเต็มความสามารถ แสวงหาข้อมูลข่าวสารได้จากสื่อหลายประเภท และไม่ถูกจำกัดอยู่กับสื่อประเภทใดประเภทหนึ่งโดยเข้าใจความหมายของคำศัพท์ สัญลักษณ์ โดยเน้นนำเสนอข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศด้วยสื่ออย่างเปิดเผย และอยู่บนพื้นฐานของความรับผิดชอบและจริยธรรมของตนเอง

กิจกรรมที่ 5 (มีนาคม 2568) เสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยการให้ความรู้ ก่อนการใช้สารเคมี, ขณะใช้สารเคมีและหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยให้เกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่อยู่ในพื้นที่ ที่ปฏิบัติตัวถูกต้องและไม่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มาแนะนำการปฏิบัติตัวทั้งก่อนการใช้สารเคมี, ขณะใช้สารเคมีและหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเน้นการปฏิบัติตัวของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวตามคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ฉลากกำหนด อย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ใช้สถิติ Independent t-test

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0080 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษาวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

เกษตรกรผู้ปลูกข้าวส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีสัดส่วนของเพศชาย (73%) มากกว่า เพศหญิง (27%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-65 ปี (77%) (\bar{X} = 57.13, S.D. = 9.10, Max = 77, Min = 30) ส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่/สมรสและอยู่ด้วยกัน (93%) จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (83%) มีเพียงร้อยละ 3.30 ที่ไม่ได้ศึกษา มี

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ระหว่าง 3,000–10,000บาท (93%) (\bar{X} = 7,123.33, S.D.= 1,982.98, Max=12,000, Min=2,700) ระยะเวลาในการทำนาของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว 2-5 เดือน/ปี (93%) (\bar{X} =4.10, S.D.= 0.50 Max=6, Min=3) ระยะเวลาในการใช้สารเคมีของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว 1-3 เดือน/ปี (87%) (\bar{X} = 2.27, S.D.= 0.69 Max=4, Min=2)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง เกษตรกรผู้ปลูกข้าวมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.78	0.500	4.49	0.17	-7.31	58	0.000	(-0.90)-(-0.51)
-การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ	4.13	0.370	4.50	0.30	-4.26	58	0.000	(-0.55)-(-0.20)
-ด้านความรู้ความเข้าใจ	4.01	0.300	4.30	0.430	-3.43	58	0.001	(-0.52)-(-0.14)
-ด้านทักษะการสื่อสาร	3.60	0.970	4.57	0.13	-5.42	58	0.000	(-1.33)-(-0.61)
-ด้านทักษะการจัดการตนเอง	3.63	0.650	4.50	0.240	-6.94	58	0.000	(-1.13)-(-0.62)
-ด้านทักษะการตัดสินใจ	3.62	0.760	4.49	0.310	-5.74	58	0.000	(-1.16)-(-0.56)
-ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	3.68	0.800	4.52	0.230	-5.57	58	0.000	(-1.15)-(-0.54)

3. พฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง เกษตรกรผู้ปลูกข้าวมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวจำแนกรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	3.72	0.310	4.04	0.190	-4.77	58	0.000	(-0.45)-(-0.18)
ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	4.20	0.440	4.53	0.350	-3.23	58	0.002	(-0.54)-(-0.43)
ขณะการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	4.36	0.390	4.85	0.160	-6.25	58	0.000	(-0.64)-(-0.33)
หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	4.20	0.560	4.47	0.390	-2.17	58	0.034	(-0.52)-(-0.02)

อภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ด้านความรู้ความเข้าใจ, ด้านทักษะการสื่อสาร, ด้านทักษะการจัดการตนเอง, ด้านทักษะการตัดสินใจ, ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ตามลำดับ เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมแตกต่างจากก่อนทดลอง สุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ทักษะต่างๆ ทาง การรับรู้ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคล ในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี อยู่เสมอ (กองสุขศึกษา, 2559) สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง 1) ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีรวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพ ตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นมาก่อนให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง อย่างต่อเนื่อง (Nutbeam D.; 2000) จึงส่งผลให้เกษตรกรผู้ปลูกข้าว เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากโปรแกรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว มีการจัดกิจกรรมที่ 1-4 ในการเสริมสร้างทักษะด้านความรู้ความเข้าใจ, ด้านทักษะการ

สื่อสาร, ด้านทักษะการจัดการตนเอง, ด้านทักษะการตัดสินใจและด้านการรู้เท่าทันสื่อ จะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า หลังทดลอง ($\bar{X}=4.49$, S.D.=0.17) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=3.78$, S.D.=0.500)

พฤติกรรมกำกวมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ประกอบด้วยพฤติกรรมก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช,ขณะที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและหลังจากที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ($\bar{X}=4.04$, S.D.=0.190) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=3.72$, S.D.=0.310) เนื่องจากโปรแกรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว มีการจัดกิจกรรมที่ 5 โดยให้เกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่อยู่ในพื้นที่ ที่ปฏิบัติตัวถูกต้องและไม่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มาแนะนำการปฏิบัติตัวทั้งก่อนการใช้สารเคมีขณะใช้สารเคมีและหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อสนับสนุนและให้กำลังใจโดยเน้นการปฏิบัติตัวของเกษตรกร ผู้ปลูกข้าวตามคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ฉลากกำหนดอย่างเคร่งครัด โดยประเมินผลความสำเร็จจากการปฏิบัติตัว ในประเด็น 1) ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเช่น การเลือกใช้สารเคมี,ปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ฉลากกำหนด 2) ขณะที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเช่นการสวมถุงมือยาวถึงข้อศอก การใช้ผ้า/หน้ากากปิดปากและจมูกระหว่างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและ 3) หลังจากที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเช่นอาบน้ำ สระผม ซ้ำร่างกายทันทีหลังเสร็จภารกิจ ซักเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีแยกจากเสื้อผ้าทั่วไป เป็นต้น สอดคล้องกับวิจัยของปริษา พุกจิ้น,อมรศักดิ์ โพธิ์อำ (2567) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.010$, $P\text{-value}<0.001$ ตามลำดับ และงานวิจัยของ ธนกฤต พงศ์ภูมิพิพัฒน์ (2566) พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยระยะที่ 2 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำกวมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเกษตรกรผู้ปลูกข้าวมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำกวมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้น จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มเกษตรกรกลุ่มอื่นๆเพื่อขยายกลุ่มเกษตรกรให้กว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ชุติมา เจียมใจ,กรัณษัตร์ตัน,บุญช่วยธนาสิทธิ์,ประเสริฐศักดิ์กายนาคา.(2559).**ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจ ในการสร้างเสริมพฤติกรรม การขับชี่รดักเรียนอย่างต่อเนื่องของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนเบญจมเทพอุทิศ จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี.**วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์.ปีที่ 31 ฉบับที่ 3.
- ดวงใจ พรหมพยัคฆ์และคณะ.(2567).**การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่.**วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567.
- ทวีศักดิ์ สิมณี.(2567).**ผลของโปรแกรมการสรางเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ.**วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2567.
- ธนภุต พงศ์ภูมิพัฒน์.(2566).**ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสียง Stroke ที่ส่งผลกระทบต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอตากฟ้า จังหวัด นครสวรรค์.**วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น.ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2566.
- นวลอนงค์ ศรีสุกใสย.(2567).**ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ต่อพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาขลุง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี.**วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจักรีรัช.ปีที่ 4 ฉบับที่1 (มกราคม – มิถุนายน 2567).
- ปรีชญา จอมพอง.(2566).**ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพประเด็นการป้องกันการ พัดตกหกหล่นของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง.**วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สุขุมชน.ปีที่ 1 ฉบับ 6 พฤศจิกายน-ธันวาคม 2566.
- ปรีชา พุกจัน, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ.(2567).**ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี.**วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567.
- มนสิชา เวรนต์,สุทธิพร มูลศาสตร์,กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา.(2565).**ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนา ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.**วารสารพยาบาลทหารบก.ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565.

วสันต์ หนองคาย.(2567).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่านนาขาม อำเภอเมือง
จังหวัดอุดรธานี.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น.ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567.

อติญาณ์ ศรเกษตรริน,จินตนา ทองเพชร,อารยา ศรีวงศ์ษา.(2565).ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมและ
พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูง ค่าน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิต.วารสารพยาบาลทหารบก.ปีที่ 23
ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565.

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. (2000) **Health literacy as a public health goal: a challenge for
contemporary health education and communication strategies into the 21st
century**. Health promotion international; 15(3): 259-67.



ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี

นธรรศ น้อยทัน ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง จำนวน 30 ราย โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงนี้ พัฒนาขึ้นโดยการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 1) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 2) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กิจกรรมที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารสุขภาพ กิจกรรมที่ 5 การฝึกการตัดสินใจด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ 6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระยะเวลาทดลอง 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองตัวแปรที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรู้ด้านสุขภาพ (P-Value<0.001) พฤติกรรมสุขภาพ (P-Value<0.001) ตามลำดับ ระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001, P-Value<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, กลุ่มเสี่ยง, ประสิทธิผล, โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

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

Effectiveness of a Health Promoting Behavior Program for Hypertension Risk Group at Nam Ang Subdistrict Health Promoting Hospital, Tron District, Uttaradit Province

Nathut Noithan¹

Abstract

This Quasi-experimental was one-group pretest-posttest design aimed to study the effectiveness of health promoting behavior program among hypertension risk group. The sample size consisted of 30 cases of hypertension risk group at Nam Ang Sub-district Health Promoting Hospital. This health promoting behavior program was developed based on the result findings from the first phase of research, association factors with statistic significantly ($P\text{-value} < 0.05$) including 1) health information communication 2) decision-making in health practices. The 6 activities were applied health literacy by Nutbeam theory (2000) including; 1) enhancing knowledge and understanding of hypertension 2) health promoting behaviors based on the 3E.2S principle 3) accessing health information and utilizing information technology 4) developing health communication skills 5) strengthening decision-making skills in health matters 6) knowledge-sharing forums. Duration time 4 months for experimental and data collected by questionnaire, and analyzed using the independent t-test. The results indicated a statistically significant increase in mean scores after the intervention compared to pre-intervention in both health literacy ($P\text{-value} < 0.001$) and health behaviors ($P\text{-value} < 0.001$). Additionally, both systolic and diastolic blood pressure levels significantly decreased after the intervention ($P\text{-value} < 0.001$, $P\text{-Value} < 0.001$)

Keywords: Hypertension, risk group, effectiveness, health behavior promotion program for individuals at risk of hypertension

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

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2562 พบว่า ประชากรอายุ 30-79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลก ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และที่สำคัญพบว่า ไม่ทราบว่าเป็นตนเองป่วยมากถึง 46% และมีเพียง 42% ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา (กองโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, 2565) สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562-2566 พบว่า ข้อมูล พ.ศ.2562 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 6,085,027 ราย พ.ศ.2563 มีจำนวน 6,317,675 ราย พ.ศ.2564 มีจำนวน 6,629,887 ราย พ.ศ. 2565 มีจำนวน 6,845,476 ราย และใน พ.ศ.2566 มีจำนวน 7,090,117 ราย จากรายงานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2568 พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 11,184,713 คน (ร้อยละ 58.06) เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130-139 / 85-89 mmHg จำนวน 1,762,412 คน (ร้อยละ 15.76) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140-179 / 90-109 mmHg จำนวน 576,076 คน (ร้อยละ 5.15) และเป็นกลุ่มป่วยที่มีค่าความดันโลหิต $\geq 180/110$ mmHg จำนวน 32,145 คน (ร้อยละ 0.29) ข้อมูลย้อนหลัง พ.ศ.2563-2567 พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.33, 7.14, 7.68, 8.07 และ 8.47 ตามลำดับ และพบข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ 5.20, 3.91, 4.10, 4.12 และ 4.59 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2568 มีจำนวน 1,101 คน (ร้อยละ 99.01) เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 168 คน (ร้อยละ 15.26) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 61 คน (ร้อยละ 5.54) และเป็นกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.09) ข้อมูลย้อนหลัง ปี พ.ศ.2563-2567 พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.90, 6.21, 11.55, 9.92 และ 9.86 ตามลำดับ และพบข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ 7.43, 8.13, 6.33, 11.16 และ 8.75 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2568)

จากข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อสร้างรูปแบบการเรียนรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยออกแบบงานวิจัยเป็น 2 ระยะ โดยเริ่มจากการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี (นธรรศ น้อยทัน, 2567) และการศึกษาวิจัยระยะที่ 2

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการนำข้อมูลผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 1) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 2) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มาดำเนินการต่อในระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) และทฤษฎีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มาออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงหรือกลับมาอยู่ในระดับปกติ

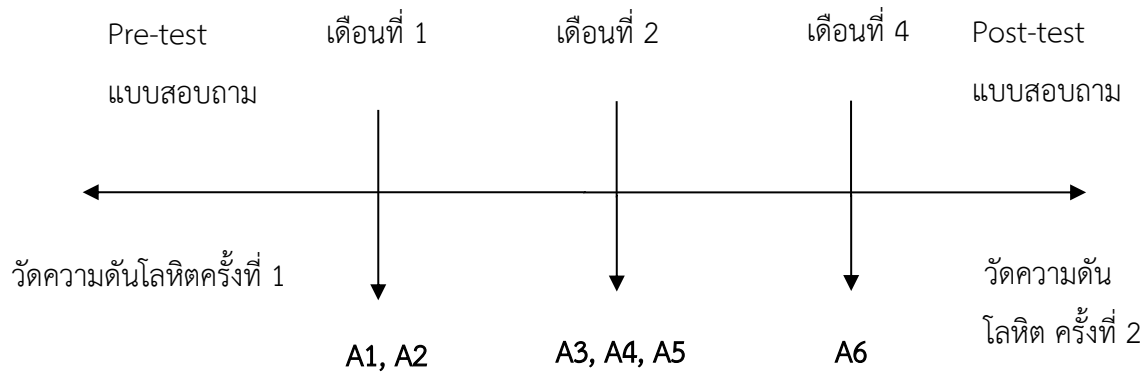
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบกรอบแนวคิดโดยนำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของ Nutbeam (2000) และทฤษฎีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยการสร้างโปรแกรมฯจำนวน 6 กิจกรรม ประกอบด้วย

- กิจกรรมที่ 1 การเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (A1)
- กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. (A2)
- กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (A3)
- กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารสุขภาพ (A4)
- กิจกรรมที่ 5 การฝึกการตัดสินใจด้านสุขภาพ (A5)
- กิจกรรมที่ 6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (A6)



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 - มีนาคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ จากการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี 2567 ที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 106 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 จำนวน 106 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) ประชากรในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) อยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) อยู่ระหว่าง 85-89 มิลลิเมตรปรอท และมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3) สามารถตอบแบบสอบถาม สื่อสารด้วยการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม 3) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูล หรือร่วมกิจกรรมจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือร่วมกิจกรรมได้

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ได้ทำวิจัยในระยะที่ 1 (จำนวน 106 คน) โดยนำรายชื่อของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มาเขียนลงในสลากแล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมา โดยไม่ใส่กลับคืน ให้ได้จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงของบุคคล ในครอบครัว ความถี่ในการตรวจวัดความดันโลหิต การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจข้อมูล, การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อ, การจัดการสุขภาพตนเอง, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ จำนวน 32 ข้อ มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจคัดกรองสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 : ค่าระดับความดันโลหิต ลักษณะคำตอบเป็นเติมข้อความลงในช่องว่าง

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.88 2) พฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.82

2. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยพัฒนามาจากผลวิจัยระยะที่ 1 นำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) และทฤษฎีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มาออกแบบกิจกรรมเพื่อเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพและควบคุมระดับความดันโลหิต จำนวน 6 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 (ธันวาคม 2567) การเสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ที่ีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุของโรค อาการแสดง อาการและโรคแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยการบรรยายเชิงปฏิสัมพันธ์ ใช้สื่อวิดีโอ อินโฟกราฟฟิก เน้นให้ผู้เข้าร่วมเลือกว่าข้อมูลใดเป็นข้อเท็จจริง หรือความเชื่อที่ผิดเพื่อกระตุ้นการคิดวิเคราะห์

กิจกรรมที่ 2 (ธันวาคม 2567) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ผู้วิจัยให้ความรู้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้วิธีการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. เลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม เน้นลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือมีโซเดียม การจัดการอารมณ์และความเครียด ด้วยการทำสมาธิ และการฝึกหายใจ ฝึกการออกกำลังกายด้วยวิธีการแกว่งแขน ให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเลือกอาหารที่เหมาะสมผ่านการจัดเมนูอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

กิจกรรมที่ 3 (มกราคม 2568) การให้ความรู้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการให้ความรู้ด้านเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ฝึกการใช้ Google Chat GPT และ Youtube ในการค้นหาข้อมูลและเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพที่สนใจ โดยการแบ่งกลุ่มสืบค้นค่าง่ายๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงคืออะไร, การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

กิจกรรมที่ 4 (มกราคม 2568) การฝึกทักษะการสื่อสารสุขภาพ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการจำลองสถานการณ์การพูดคุยกับแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสร้างความมั่นใจในการสื่อสาร รวมถึงให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงฝึกการสื่อสาร โดยการแบ่งกลุ่มฝึกอธิบายซักถามข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน

กิจกรรมที่ 5 (มกราคม 2568) การฝึกการตัดสินใจด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจำลองสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ โดยการแบ่งกลุ่มและให้เลือกการ์ดสถานการณ์ ให้แต่ละกลุ่มอภิปรายและนำเสนอความคิดเห็นต่อกลุ่ม

ใหญ่ ถึงเหตุผลในการตัดสินใจ และผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ และกิจกรรมทางเลือกสุขภาพ โดยการให้ตอบคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจ

กิจกรรมที่ 6 (มีนาคม) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แบ่งปันประสบการณ์หลังจากการเรียนรู้กิจกรรมที่ 1 ถึงกิจกรรมที่ 5 โดยการจัดกิจกรรมแบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลตนเอง อุปสรรคที่พบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน วางแผนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองร่วมกันโดยการเขียนเป้าหมายสุขภาพส่วนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และค่าระดับความดันโลหิต โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0075 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษาวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีสัดส่วนของเพศหญิง (53.30%) มากกว่าเพศชาย (46.70%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-60 ปี (53.30%) (\bar{X} =56.40, S.D.=6.70, Max=68, Min=42) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (73.30%) จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (80%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (60%) ว่างาน/ไม่มีอาชีพ (20%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวระหว่าง 4,000-8,000 บาท (53.30%) (\bar{X} =6,533.33, S.D.= 5,049.64, Max=20,000, Min=2,000) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง 30 บาท (43.30%) มีโรคประจำตัว (23.30%) พ่อแม่ หรือบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (36.70%) ส่วนใหญ่ตรวจวัดระดับความดันโลหิต 3 เดือนต่อครั้ง (50%) สูบบุหรี่เป็นประจำ (23.30%) และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ (63.30%)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value<0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	2.77	0.29	3.68	0.35	-11.03	58	<0.001	-1.07 - (-.74)
- การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ และบริการสุขภาพ	2.73	0.51	3.80	0.43	-8.84	58	<0.001	-1.32 - (-.83)
- ความรู้ความเข้าใจข้อมูล	2.89	0.43	3.70	0.49	-6.78	58	<0.001	-1.04 - (-.57)
- การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	2.78	0.48	3.89	0.53	-8.53	58	<0.001	-1.37 - (-.85)
- การจัดการสุขภาพตนเอง	2.81	0.48	3.58	0.42	-6.58	58	<0.001	-1.01 - (-.54)
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	2.79	0.48	3.53	0.50	-5.80	58	<0.001	-1.00 - (-.48)
- การรู้เท่าทันสื่อ	2.59	0.50	3.59	0.39	-8.62	58	<0.001	-1.22 - (-.76)

3. พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส.จำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
พฤติกรรมสุขภาพ	3.20	0.26	3.84	0.16	-11.46	58	<0.001	-.76 - (-.53)
- การรับประทานอาหาร	2.45	0.46	3.39	0.32	-9.24	58	<0.001	-1.15 - (-.74)
- การออกกำลังกาย	2.47	0.61	3.55	0.33	-8.57	58	<0.001	-1.34 - (-.83)
- การจัดการความเครียด	2.56	0.72	3.30	0.42	-4.87	58	<0.001	-1.04 - (-.44)
- การไม่สูบบุหรี่	4.27	0.89	4.69	0.45	-2.31	58	0.024	-.78 - (-.06)
- การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.99	0.71	4.33	0.50	-2.15	58	<0.036	-.66 - (-.02)
- การคัดกรองสุขภาพ	3.43	0.74	3.78	0.53	-2.08	58	<0.042	-.68 - (-.01)

4. ระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} =128.60, S.D.= 3.07) ลดลง เมื่อเทียบก่อนทดลอง (\bar{X} =136.43, S.D.=2.22) และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} =83.77, S.D.= 2.51) ลดลง เมื่อเทียบก่อนทดลอง (\bar{X} =87.20, S.D.=1.58) ผลการวิจัยสรุปว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=<0.001) ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความดันโลหิต	n	Mean	S.D.	t	df	P-value	95%CI
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	136.43	2.22				
				11.32	58	<0.001	6.45 – 9.22
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	128.60	3.07				

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความดันโลหิต	n	Mean	S.D.	t	df	P-value	95%CI
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	87.20	1.58				
				6.33	58	<0.001	2.35 – 4.52
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	83.77	2.51				

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น เป็นความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจเพื่อนำไปวิเคราะห์และแปลความหมาย

รวมถึงประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอด ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดการจูงใจในการจัดการสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ (Nutbeam, 2000) สืบเนื่องมาจากโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่ 1 การเสริมทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Knowledge and health literacy skill) ได้ส่งเสริมความรู้โดยการบรรยายเชิงปฏิสัมพันธ์ เสริมทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงอาการและโรคแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง การวัดและตรวจสอบระดับความดันโลหิต การป้องกันและจัดการตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงรวมกับการใช้สื่อวิดีโอ อินโฟกราฟฟิก ที่น่าสนใจในการให้ความรู้ ซึ่งเป็นขั้นตอนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ตามแนวคิดการจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพตามระดับการพัฒนาของ Nutbeam ในกิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยฝึกการใช้ Google, Chat GPT และ Youtube ในการค้นหาข้อมูลและเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารสุขภาพ โดยการจำลองสถานการณ์การพูดคุยกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสร้างความมั่นใจในการสื่อสารรวมถึงให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงฝึกการสื่อสารโดยการแลกเปลี่ยนอธิบายเรื่องสุขภาพของตนเองให้กับสมาชิกที่เข้าร่วมวิจัยฟัง ซึ่งเป็นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในขั้นปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam ด้วยการฝึกทักษะเรื่องการไต่ถามหรือการใช้คำถาม ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบตัวและคนในสังคม กิจกรรมที่ 5 การฝึกการตัดสินใจด้านสุขภาพ ด้วยการจำลองสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมแจกการ์ดสถานการณ์ ให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้เลือกตัดสินใจทางเลือกของตนเองและบอกผลลัพธ์ที่เป็นไปได้จากการตัดสินใจนั้น เช่นการเลือกอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน และการเลือกปรับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เป็นต้น และเพิ่มกิจกรรมทางเลือกสุขภาพ ที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้วิเคราะห์และเลือกตัดสินใจด้านสุขภาพได้ดีขึ้น การประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่องนี้ เป็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam ผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ($\bar{X}=3.68$, S.D.=0.35) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=2.77$, S.D.=0.29) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธนพร บึงมูม และคณะ ที่พบว่ามีความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ $p < 0.01$ และนวนลอนด์ ศรีสุกไสย (2567) ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจคัดกรองสุขภาพ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแตกต่างจากก่อนทดลอง เนื่องจากการได้รับรู้ข้อมูลจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยผ่านการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง และผ่านการแบ่งปันประสบการณ์การดูแลสุขภาพจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยกัน และนำไปปฏิบัติจนเกิดเป็นพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2543) โดยมีการจัดกิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เพื่อให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ใช้วิธีการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. เลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม เน้นลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรือมีโซเดียม การจัดการอารมณ์และความเครียดด้วยการทำสมาธิ และการฝึกหายใจแบบ 4-7-8 ฝึกการออกกำลังกายด้วยวิธีการแกว่งแขน และให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเลือกอาหารที่เหมาะสมผ่านการจัดเมนูอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพพบว่า หลังทดลอง ($\bar{X} = 3.84$, S.D.=0.15) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 3.18$, S.D.=0.27) สอดคล้องกับงานวิจัยของนวนลอนด์ ศรีสุกไสย (2567) ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้ แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 128.60$, S.D.= 3.07) ลดลงเมื่อเทียบก่อนทดลอง ($\bar{X} = 136.43$, S.D.=2.22) และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 83.77$, S.D.= 2.51) ลดลงเมื่อเทียบก่อนทดลอง ($\bar{X} = 87.20$, S.D.=1.58) สอดคล้องกับงานวิจัยของนวนลอนด์ ศรีสุกไสย (2567) ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี สามารถทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี สามารถนำไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี หรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และควรขยายผลการศึกษาวិจัยไปในพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในการควบคุมระดับค่าความดันโลหิต

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). Health Data Center สืบค้นจาก

<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>. เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2567.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). กรมควบคุมโรค แนะนำประชาชนใส่ใจสุขภาพ. สืบค้นจาก

<https://ddc.moph.go.th/brc/news.php>. เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567.

เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.

ธนพร บึงมุ่ม, สงกรานต์ กลั่นด้วง. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(3): 371-379

นธรรศ น้อยทัน.(2567). ความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความ

ต้นโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิถี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น.5(3)

นวลอนงค์ ศรีสุกไสย.(2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่ม เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาขลุ้ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักรี้ช. 4(1)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิถี. (2568). Health Data Center. เข้าถึงจาก

<https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>. สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2567

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

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



ประสิทธิผลโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี

นิรุจน์ แก้วกรี¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 ราย โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนาขึ้นโดยการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ (P-value=0.020) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (P-value=0.042) และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (P-value=0.025) ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัว (P-value=0.029) ตามลำดับ โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนให้กำลังใจ กิจกรรมที่ 5 บ้านเรือนสะอาด สิ่งแวดล้อมดี และครอบครัวดี มีสุข กิจกรรมที่ 6 การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก กิจกรรมที่ 7 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระยะเวลาทดลอง 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามและสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองตัวแปรที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การรับรู้ด้านสุขภาพ (P-Value<0.001) แรงสนับสนุนทางสังคม (P-Value<0.001) และพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (P-Value<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, ประสิทธิผล, โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี, E-mail: tron-201@hotmail.com

Effectiveness of the Dengue Hemorrhagic Fever Preventing and Controlling Program among Village Health Volunteers in Wangdang Subdistrict Health Promotion Hospital, Uttaradit Province.

Niruth Kaewkree¹

Abstract

This Quasi experimental research to study one group pretest-posttest design which aimed to effectiveness program of Dengue hemorrhagic fever prevention and control program for village health volunteers. Population in this study consisted of 30 village health volunteers. This program was developed from all significantly factors from research study in phrase 1 including, Variables related to and influencing the behavior of dengue hemorrhagic fever prevention and control among village health volunteers. ($p < 0.05$) including, health literacy (P-value=0.020) including, awareness of the risk of dengue hemorrhagic fever. (P-value=0.042), and social support (P-value=0.025), including support from community and family (P-value=0.029) By applying health perception theory, Social support and Empowerment. Consists of 7 activities, including Enhancing health knowledge and understanding, Promoting health awareness, Strengthening social support, Support and encouragement, Clean house, good environment and good family, happy, Dengue hemorrhagic fever prevention campaign and Knowledge Exchange Forum and assessment with in lasted 4 months. The instrument used for data collection was questionnaire and behavior-record form and data analyzed to test research hypothesis by Independent t-test. The result showed that after the experimentation, the factors significant increased mean score of health behavior (P-Value<0.001), social support (P-Value<0.001) and Behavior for prevention and control of dengue hemorrhagic fever. (P-Value<0.001)

Keywords: dengue hemorrhagic fever, Effectiveness, Dengue hemorrhagic fever preventing and controlling program, Village health volunteers.

¹ Public health technical officer, Professional Level, Wangdang Health Promotion Hospital, Tron District, Uttaradit Province, E-mail: tron-201@hotmail.com

บทนำ

จากการรายงานทางระบาดวิทยา พบว่าสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยปี 2566 นี้มีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้มีผู้ป่วยสูงต่อเนื่องตั้งแต่เดือน มกราคม ถึงเดือน ธันวาคม 2566 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมรวม 519,408 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 800.17 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิต 64 ราย อัตราเสียชีวิตร้อยละ 0.91 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จังหวัดอุดรดิษฐ์ ข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2566 พบผู้ป่วยแล้ว 2,775 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 627.31 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้เสียชีวิต ในส่วนพื้นที่ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิษฐ์ พบผู้ป่วยดังนี้ 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 ปีพ.ศ.2563 พบผู้ป่วย 7 คน อัตรา 145.49 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้เสียชีวิต (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิษฐ์, 2567), (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง, 2566)

ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิษฐ์ เป็นตำบลที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องติดต่อกันมาหลายปี และเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงในการระบาดของโรค ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง และองค์การบริหารส่วนตำบลวังแดง ได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่รับผิดชอบโดยได้เน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชนร่วมกับประชาชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยประสานการดำเนินงานแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากการดำเนินงานในพื้นที่พบว่างานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นงานที่ค่อนข้างจะมีความยุ่งยากซับซ้อนพอสมควร การดำเนินการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่พบปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินกิจกรรมมากมาย ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลหลายประการด้วยกัน ประการแรก คือ การกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือนของประชาชนยังไม่ได้ถูกปลูกฝังให้มีความเข้มแข็งพอที่จะแสดงออกมาเป็นการปฏิบัติได้ตามปกติ ประชาชนมักมองว่าลูกน้ำเป็นเรื่องธรรมชาติจะมีการกำจัดก็ต่อเมื่อถึงฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออกเท่านั้น ประการที่สองคือ พื้นฐานของการดูแลสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านเรือนและชุมชน ยังไม่สะอาดพอ จึงก่อให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างมากมาย ประการที่สาม คือการมีส่วนร่วม แบบพหุภาคีภาคประชาสังคมต่อการกำจัดลูกน้ำยุงลายยังไม่เข้มแข็งพอ เนื่องจากผลักดันเป็นภาระของภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว ประการที่สี่ คือ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญต่อการกำจัดลูกน้ำยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ยังไม่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้ลูกน้ำหมดไปจากบ้านเรือนได้ ประการสุดท้าย คือ ยังไม่สามารถใช้มาตรการทางกฎหมายเข้ามาควบคุมการกำจัดลูกน้ำของประชาชนได้ มีเพียงการใช้เวทีประชาคมหมู่บ้านในบางพื้นที่ที่มีการระบาด เป็นบางครั้งแต่ไม่ต่อเนื่องยั่งยืน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกตำบลวังแดง ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการ

ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยออกแบบงานวิจัยเป็น 2 ระยะ โดยเริ่มจากการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (นิรุจน์ แก้วกรี, 2567) และการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการนำข้อมูลผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ได้แก่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ (P-value=0.020) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (P-value=0.042) และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (P-value=0.025) ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัว (P-value=0.029) ตามลำดับ มาดำเนินการต่อในระยะเวลาที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) มาออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบกรอบแนวคิดโดยนำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) โดยการสร้างโปรแกรมฯจำนวน 7 กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (A1)

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (A2)

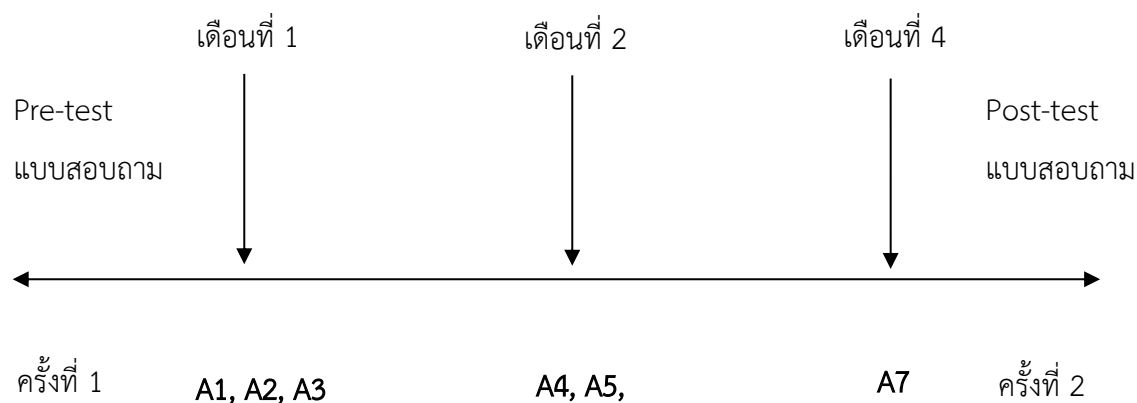
กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก (A3)

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนให้กำลังใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (A4)

กิจกรรมที่ 5 บ้านเรือนสะอาด สิ่งแวดล้อมดี และครอบครัวดี มีสุข (A5)

กิจกรรมที่ 6 การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก (A6)

กิจกรรมที่ 7 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (A7)



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2567 – มีนาคม พ.ศ.2568 โดยใช้เวลาทำการวิจัยทั้งสิ้น 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรดิตถ์ ในปีงบประมาณ 2567 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 108 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก เกณฑ์การคัดออก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ที่มิได้อยู่ในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2566 และปฏิบัติงานในฐานะ อสม. อย่างน้อย 6 เดือน

2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสามารถสื่อสาร สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้

3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี จนครบทุกกิจกรรมได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม

2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

1) ขณะที่ทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการศึกษา เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัย หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการศึกษาได้

2) มีความวิตกกังวลหรือความเครียดสูงในการเข้าร่วมวิจัย

3) รู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบแบบสอบถามและต้องการถอนตัว

การสุ่มตัวอย่าง (Random Sampling)

วิธีการสุ่มตัวอย่างจะใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จาก ทะเบียนรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี จากรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (จำนวน 108 คน) โดยนำรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาเขียนลงในสลากแล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมาโดยไม่ใส่กลับคืนให้ได้จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอสม. และการเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 24 ข้อ มีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 เป็นข้อความที่เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย จากบุคลากรสาธารณสุข จากชุมชน ผู้นำชุมชน, อสม. จากสมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ มีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 เป็นข้อความที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกำป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านเคมี จำนวน 12 ข้อ มีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ บ่อย นานๆครั้ง บางครั้ง ไม่เคย

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้ด้านสุขภาพ 0.80, 2) แรงสนับสนุนทางสังคม 0.88, 3) พฤติกรรมกำป้องกันและควบคุมโรค 0.86

2. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมกำป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยการพัฒนาจากผลการวิจัยระยะที่ 1 นำมาพัฒนารูปแบบโปรแกรมกำป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง โดยการพัฒนาจากใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการสนับสนุนให้กำลังใจ (Empowerment) เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนารูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกำป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลวังแดงที่ดีขึ้น โดยการทดลองกิจกรรม 7 กิจกรรมระยะเวลา 3 เดือน

การทดลอง

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก (ธันวาคม พ.ศ.2567) เป็นการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มทักษะในการทำงาน โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อ

เพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจในการทำงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเน้นประเด็นการพัฒนาความสามารถและทักษะให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยวิธีการอบรมให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ

1. การอบรมการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย
2. การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคไข้เลือดออก

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ธันวาคม พ.ศ.2567) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการรับรู้ด้านสุขภาพและมีความสามารถเกิดทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างนำคู่มือ การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและแนวทางแก้ไขปัญหา โดยเน้นประเด็นการรับรู้ด้านสุขภาพ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ด้วยวิธีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ ดังนี้

1. การอบรมการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย
2. การพัฒนาความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง
3. การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เรียนรู้การปฏิบัติตนที่ถูกต้องจากบุคคลต้นแบบ

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ธันวาคม พ.ศ.2567) ที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขรู้สึกเชื่อมโยงและได้รับการสนับสนุนจากกัน ด้วยวิธีการดังนี้

1. การจัดกลุ่มพูดคุย - จัดกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ช่วยให้เกิดความรู้สึกร่วมกันไม่อยู่คนเดียว
2. การสนับสนุนในช่วงเกิดโรค - มีการจัดเตรียมการสนับสนุนเมื่อสมาชิกประสบปัญหาหรือวิกฤติ เช่น การสร้างเครือข่ายเพื่อให้คำปรึกษาหรือความช่วยเหลือในช่วงเวลาที่ยากลำบาก
3. การสร้างกลุ่มออนไลน์ - ใช้แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียเพื่อสร้างกลุ่มที่สมาชิกสามารถเข้ามาแชร์ข้อมูล สอบถาม หรือให้กำลังใจกันได้ตลอดเวลา
4. กิจกรรมฝึกอบรม - จัดการอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อเสริมสร้างทักษะในการสร้างแรงสนับสนุนในสังคม

5. การแบ่งปันข้อมูล - สร้างฐานข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับความช่วยเหลือหรือแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีในชุมชน

6. การจัดกิจกรรมครอบครัว - เชิญสมาชิกและครอบครัวมาร่วมกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและเครือข่ายสังคม

กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง และทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกว่ามีคนอยู่เคียงข้างตลอดเวลาเมื่อเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนให้กำลังใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ธันวาคม พ.ศ. 2567) สามารถช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ด้วยวิธีการดังนี้

1. การประชุมกลุ่ม - จัดการประชุมเพื่อให้สมาชิกได้แบ่งปันเรื่องราวและประสบการณ์ ช่วยให้เกิดการสนับสนุนและความเข้าใจซึ่งกันและกัน

2. การอบรมทักษะชีวิต - จัดกิจกรรมอบรมเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หรือการแก้ปัญหา เพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ

3. การสร้างเป้าหมาย - เชิญชวนสมาชิกให้ตั้งเป้าหมายส่วนตัวและช่วยกันวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย พร้อมมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

4. การเขียนบันทึก - สนับสนุนให้สมาชิกเขียนบันทึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก หรือความสำเร็จของตนเอง เพื่อเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง

5. กิจกรรมสันทนาการ - จัดกิจกรรมกลุ่มที่เน้นการสร้างสรรค์ เช่น การวาดภาพ ทำงานฝีมือ หรือการเต้น เพื่อให้สมาชิกได้แสดงออกและผ่อนคลาย

6. การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย - สอนเทคนิคการหายใจลึก การทำสมาธิ หรือการฝึกโยคะ เพื่อช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างความมั่นใจ

การสนับสนุนให้กำลังใจจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาตนเอง และช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกว่าคุณค่าและมีความสามารถในการทำงานมากขึ้น

กิจกรรมที่ 5 บ้านเรือนสะอาด สิ่งแวดล้อมดี และครอบครัวดี มีสุข (มกราคม พ.ศ.2567) โดยมีการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ภายนอกบ้านเรือนให้เอื้อต่อการไม่ก่อให้เกิดโรคไข้เลือดออก เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลาย และเป็นที่พักอาศัยของยุงตัวแก่ โดยการจัดบริเวณภายใน

บ้าน ห้องนอน ห้องส้วมให้ถูกสุขลักษณะ อากาศถ่ายเทสะดวก และภายนอกบ้าน เก็บกวาดขยะ แก้วน้ำ พลาสติก เป็นต้น โดยการปฏิบัติอยู่เป็นประจำและสม่ำเสมอ

กิจกรรมที่ 6 การณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก (มกราคม พ.ศ.2567) เป็นกิจกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงจากโรคไข้เลือดออก ที่เกิดจากยุงลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยวิธีการดังนี้

1. การสำรวจพื้นที่ แบ่งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปสำรวจแหล่งน้ำในหมู่บ้าน เช่น ถังน้ำ คอท่อ ขวดพลาสติก และภาชนะต่าง ๆ ที่มีน้ำขัง โดยใช้แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลเพื่อให้เห็นภาพรวม
2. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ จัดกิจกรรมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ เช่น การทำความสะอาด ถอดฝา ถังน้ำ ให้มิดชิด หรือการเปลี่ยนถ่ายน้ำในภาชนะทุกสัปดาห์
3. การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ จัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันยุงลาย เช่น การแจกใบปลิว หรือการป้ายติดประกาศของหมู่บ้าน เพื่อให้คำแนะนำและสร้างความตระหนักรู้

กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชาวบ้านมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและลดปริมาณลูกน้ำยุงลาย ช่วยสร้างสุขอนามัยที่ดีให้กับทุกคน

กิจกรรมที่ 7 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างนำคู่มือบันทึกการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และผู้นำชุมชน ตัวแทนชาวบ้าน มาจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและแนวทางแก้ไขปัญหาและบันทึกลงในคู่มือบันทึกการปฏิบัติงานการวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ ใช้สถิติ Paired t-test

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0079 ลงวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ.2567

ผลการศึกษาวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสัดส่วนของเพศหญิง (96.7%) มากกว่าเพศชาย (3.3%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี (73.3%) (\bar{X} = 50.70, S.D. = 8.81, Max = 66, Min = 31) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (70%) จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (56.7%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม (43.3%) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวระหว่าง 3,000-12,000 บาท (63.3%) (\bar{X} =9,150, S.D.= 6,333.27, Max=30,000, Min=2,000) ระยะเวลาการเป็นอสม. ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5-20 ปี (46.7%) (\bar{X} =13.23, S.D.= 10.20, Max=37, Min=1) และส่วนใหญ่มีประวัติเคยเข้ารับการอบรมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก (93.3%)

2. การรับรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value<0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
การรับรู้ด้านสุขภาพ	3.85	0.19	4.17	0.38	-4.24	58	<0.001	-.48(-.17)
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก	3.54	0.28	4.31	0.57	-6.65	58	<0.001	-1.00(-.54)
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	3.62	0.32	4.11	0.50	-4.51	58	<0.001	-.71(-.27)
- การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	4.45	0.38	4.51	0.42	-.59	58	0.556	-.27-.15
- การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.78	0.50	3.76	0.51	0.17	58	0.865	-.24-.28

3. แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value<0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.73	0.33	4.48	0.50	-6.90	58	<0.001	-.97(-.53)
- จากบุคลากรสาธารณสุข	3.80	0.42	4.51	0.54	-5.64	58	<0.001	-.96(-.54)
- จากชุมชน/ครอบครัว	3.66	0.38	4.45	0.49	-7.07	58	<0.001	-1.02(-.27)

4. พฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพจำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
พฤติกรรมสุขภาพ	3.85	0.19	4.17	0.38	-4.24	58	<0.001	-.48(-.17)
- กายภาพ	3.46	0.37	4.53	0.48	-9.69	58	<0.001	-1.30(-.85)
- ชีวภาพ	3.44	0.67	4.11	0.78	-3.56	58	0.001	-1.04(-.29)
- เคมี	3.31	0.52	4.14	0.57	-5.87	58	<0.001	-1.12(-.55)

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อธิบายได้ว่า การรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าเรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้ง การปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุโรปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องเช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วย และความอาย (Rosenstock,1974) เนื่องจากโปรแกรมการป้องกัน

และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และกิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ โดยการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ เกิดทักษะในการทำงาน จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานและแนวทางแก้ไขปัญหา โดยเน้นประเด็นการรับรู้ด้านสุขภาพ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับงานวิจัยของเกตุศิริ จันทนุสร (2565) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าร้อยละของภาวะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ และต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ สอดคล้องกับงานวิจัยของจินดาพร จันท์เทศ (2565) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการ รับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$)

แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข จากชุมชนและจากครอบครัว ภายหลังทดลองพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและด้านย่อยทุกด้าน มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อธิบายได้ว่า สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (House, 1985) เนื่องจากโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม มีการจัดกลุ่มพูดคุย เพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์

ช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าไม่อยู่คนเดียว การสนับสนุนในช่วงเกิดโรค มีการจัดเตรียมการสนับสนุนเมื่อสมาชิกประสบปัญหาหรือวิกฤติ เช่น การสร้างเครือข่ายเพื่อให้คำปรึกษาหรือความช่วยเหลือในช่วงเวลาที่ยากลำบาก การสร้างกลุ่มออนไลน์ ใช้แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย เพื่อสร้างกลุ่มที่สมาชิกสามารถเข้ามาแชร์ข้อมูล สอบถาม หรือให้กำลังใจกันได้ตลอดเวลา กิจกรรมฝึกอบรม เกี่ยวกับการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อเสริมสร้างทักษะในการสร้างแรงสนับสนุนในชุมชน การแบ่งปันข้อมูล สร้างฐานข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลที่สมาชิกสามารถเข้าถึงเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับความช่วยเหลือหรือแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีในชุมชน การจัดกิจกรรมครอบครัว เชิญสมาชิกและครอบครัวมาร่วมกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและเครือข่ายสังคม กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งและทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกว่ามีคนอยู่เคียงข้างตลอดเวลา เมื่อเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน ร่วมกับกิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนให้กำลังใจ การประชุมกลุ่มย่อย เพื่อให้สมาชิกได้แบ่งปันเรื่องราวและประสบการณ์ ช่วยให้เกิดการสนับสนุนและความเข้าใจซึ่งกันและกัน การอบรมทักษะชีวิต จัดกิจกรรมอบรมเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หรือการแก้ปัญหา เพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ การสร้างเป้าหมาย เชิญชวนสมาชิกให้ตั้งเป้าหมายส่วนตัวและช่วยกันวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย พร้อมมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การเขียนบันทึก สนับสนุนให้สมาชิกเขียนบันทึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก หรือความสำเร็จของตนเอง เพื่อเสริมสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง กิจกรรมสหสาขา การ จัดกิจกรรมกลุ่มที่เน้นการสร้างสรรค์ เช่น การวาดภาพ ทำงานฝีมือ หรือการเต้น เพื่อให้สมาชิกได้แสดงออกและผ่อนคลาย การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย สอนเทคนิคการหายใจลึก การทำสมาธิ หรือการฝึกโยคะ เพื่อช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างความมั่นใจ การสนับสนุนให้กำลังใจจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาตนเอง และช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสามารถในการทำงานมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของยุคนธ์ เมืองช้าง, และคณะ (2566) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการทดลองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติในโรงเรียน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านเคมี หลังทดลองพบว่าพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมและด้านย่อยทุกด้าน มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อธิบายได้ว่า เนื่องจากพฤติกรรมเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคล

ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมต่างๆตามโปรแกรมฯส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านเคมีที่เพิ่มขึ้น (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2543) เนื่องจากโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรมที่ 1 เน้นประเด็นการพัฒนาความสามารถและทักษะให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กิจกรรมที่ 5 บ้านเรือนสะอาด สิ่งแวดล้อมดี และครอบครัวดี มีสุข โดยมีการจัดประชุมกลุ่ม ฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ภายนอกบ้านเรือนให้เอื้อต่อการไม่ก่อให้เกิดโรคไข้เลือดออก เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลาย และเป็นที่พักอาศัยของยุงตัวแก่ กิจกรรมที่ 6 การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก การสำรวจพื้นที่ แบ่งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปสำรวจแหล่งน้ำในหมู่บ้าน เช่น ถังน้ำ คอท่อ ขวดพลาสติก และภาชนะต่าง ๆ ที่มีน้ำขัง โดยใช้แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลเพื่อให้เห็นภาพรวม การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ การทำความสะอาด ถอดฝา ถังน้ำให้มิดชิด หรือการเปลี่ยนถ่ายน้ำในภาชนะทุกสัปดาห์ การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ในชุมชนเพื่อให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันยุงลาย เช่น การแจกใบปลิว หรือการป้ายติดประกาศของหมู่บ้าน เพื่อให้คำแนะนำและสร้างความตระหนักรู้แก่ชาวบ้าน กิจกรรมที่ 7 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างนำคู่มือบันทึกการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และผู้นำชุมชน ตัวแทนชาวบ้าน มาจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและแนวทางแก้ไขปัญหา และบันทึกลงในคู่มือบันทึกการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการวิจัยของศิริวรรณ เกาะกัณหา, และคณะ (2564) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านนา อำเภอลำปาง จังหวัดพิจิตร พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่า กลุ่มกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของสฤณีเดช เจริญไชย, และคณะ (2563) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูง เขตอำเภอมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของดาวเวียงคำ, และคณะ (2560) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของแกนนำชุมชน อำเภอมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ภายหลังแกนนำเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความรู้เพิ่มขึ้นจาก ($\text{Mean}=9.5, \text{S.D.}=2.4$) เป็น ($\text{Mean}=11.2,$

S.D.=2.4) ทศนคติ เพิ่มขึ้นจาก (Mean=23.6, S.D.=3.4) เป็น (Mean=26.3, S.D.=2.2) และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก (Mean=23.4, S.D.=3.9) เป็น (Mean=26, S.D.=2.8) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05)

สรุปผลวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแดง จังหวัดอุดรธานี สามารถทำให้ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มมากขึ้นได้ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ประเด็นด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า เมื่อเปรียบเทียบการระหว่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาการทดลองโปรแกรมฯเพียง 4 เดือน ยังไม่สามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 2 ด้านนี้ได้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการใหม่ๆ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ หรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

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.
- เกตุศิริ จันทนุสร (2565). ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัด พิจิตร.

- งานสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานจำนวนหมู่บ้าน ชุมชน อสม.ที่มีสิทธิได้รับค่า
ป่วยการ สืบค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2567 จาก <https://www.thaiphc.net/new2020/content/1>.
- จินดาพร จันทร์เทศ (2565). ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ
เพื่อป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอ
เมือง จังหวัดพิจิตร.
- เฉลิมพล ต้นสกุล (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- ดาว เวียงคำ และคณะ (2560). ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อความรู้
ทัศนคติและการปฏิบัติของแกนนำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.
- นิรุจน์ แก้วกรี (2567). ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วังแดง จังหวัดอุตรดิตถ์.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2561). การสร้างพลังอำนาจในระบบบริการทางการแพทย์
สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2567. จาก
https://www.stou.ac.th/Thai/Grad_Stdy/Downloads/51703/Unit14.doc
- ยุคนธ์ เมืองช้าง และคณะ (2566). ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น.
- ศิริวรรณ เกาะกันหา และคณะ (2564). ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านนา อำเภอลำปาง จังหวัดพิจิตร.
- สฤณีเดช เจริญไชย และคณะ (2563). ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูง เขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). **Health Data Center
Uttaradit**. สืบค้น 14 พฤษภาคม 2567. จาก <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- หมอชาวบ้าน (2552). บทความสุขภาพนำรู้ Empowerment กับการเสริมพลังสร้างสุขภาพ
สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2567. จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/10287>



ประสิทธิผลโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ธิดารัตน์ แก้วคำ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการระบาด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 ราย โปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการระบาด พัฒนาขึ้นโดยการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย 6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ โดยประยุกต์ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การเสริมทักษะความรู้ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างการรู้เท่าทันสื่อและข้อมูลสารสนเทศ กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร กิจกรรมที่ 5 การฝึกการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ระยะเวลาทดลอง 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองตัวแปรที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (P-Value=0.002) และพฤติกรรมการป้องกันโรค (P-Value<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ประสิทธิผล, โปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, หลังการระบาด

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี, E-mail :

• somzasapai2553@gmail.com



Effectiveness of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention Program After the Outbreak of Hat Kruat Sub-District Health Promoting Hospital, Mueang District, Uttaradit Province.

Thidarat Kaewcom ¹

Abstract

This Quasi experimental research was to study one group pretest-posttest design which aimed to effectiveness of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention program after the outbreak. Population in this study consisted of 30 peoples which be registered list name in HatKruat Sub-district Health Promoting Hospital Muang District, Uttaradit Province,. This program was developed from all significantly factors from research study in phrase 1 including, Access skill, Cognitive skill, Communication skill, Decision skill, Self-management skill, Media literacy skill. The program of effectiveness of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention program after the outbreak. by applying Health Literacy and Orem's theory composed of 5 activities including, Improving cognitive skills and health knowledge, Developing self-management abilities and skills, Strengthening media and information literacy, Communication skills training, Discrimination decision training with in lasted 4 months. The instrument used for data collection was questionnaire and data analyzed to test research hypothesis by Independent t-test. The result showed that after the experimentation, the factors significant increased mean score of health perception (P-Value=0.002), health behavior (P-Value<0.001) respectively.

Keywords: Coronavirus disease 2019 (COVID-19), Effectiveness, Program of effectiveness of the coronavirus disease 2019 (COVID-19), After the outbreak

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

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดอุดรดิตถ์ พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นรายแรก เดือน เมษายน 2563 พบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 3 ราย อัตราป่วย 0.67 ปี 2564 พบผู้ติดเชื้อสะสม 4,619 ราย อัตราป่วย 10.32 เสียชีวิต จำนวน 63 ราย อัตราป่วยตาย 1.36 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2564) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นมา ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับประเภทของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากโรคติดต่ออันตราย ปรับเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งเมื่อพิจารณาจำนวนของผู้ติดเชื้อจังหวัดอุดรดิตถ์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565 พบว่ามี ผู้ติดเชื้อ จำนวน 10,488 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อที่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล จำนวน 173 ราย (ร้อยละ 1.65 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด) มีผู้ติดเชื้อเสียชีวิต จำนวน 16 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) เท่ากับร้อยละ 0.15 เดือนมกราคม 2566 (1 – 31 มกราคม 2566) ตั้งแต่วันที่ 1 – 31 มกราคม 2566 จังหวัดอุดรดิตถ์ มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 312 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อที่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 5.13 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด) มีผู้ติดเชื้อเสียชีวิต จำนวน 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) เท่ากับร้อยละ 0.96 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2566)

จากสถานการณ์ข้อมูลการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในจังหวัดอุดรดิตถ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากปี 2563-2565 และในปี 2564 มีอัตราป่วยตายสูงกว่าอัตราป่วยตายของประเทศไทย และต่อมามีแนวโน้มลดลงคล้ายกับสถานการณ์ของประเทศไทยเนื่องจากการประกาศเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุดรดิตถ์ได้ประกาศมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยกำหนดกลุ่มเสี่ยงเพื่อดำเนินการคัดกรอง เฝ้าระวังและควบคุมโรค ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงในต่างประเทศ กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และจังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยง และให้จัดตั้งโรงพยาบาลสนามขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเกินขีดความสามารถในการรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การรักษาผู้ติดเชื้อได้อย่างทันท่วงที ลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น ซึ่งจะเป็นการลดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายใหม่ได้ในวงกว้าง

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพ เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายเข้าไปทำลายปอด ทำให้ผู้ติดเชื้อมีภาวะปอดอักเสบ และอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่รุนแรง เช่น หายใจลำบากเหนื่อยหอบ (ร้อยละ 19.60) หายใจลำบาก (ร้อยละ 16.70) และอาการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้อวัยวะภายในร่างกายเสียหายหรือล้มเหลว เช่น อักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ (ร้อยละ 7.20) ไตวายเฉียบพลัน (ร้อย

ละ 3.60) เป็นต้น จากความรุนแรงของโรค พบว่า มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 2.30 โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยง คือ กลุ่มผู้สูงอายุและภาวะอ้วน (ร้อยละ 14.80-19.00) กลุ่มคนที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 19) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30) โรคหัวใจ (ร้อยละ 15) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 3) โรคมะเร็งและโรคไต (ร้อยละ 1) (นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2563)

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะสามารถควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่หมดไป จากข้อมูลพบว่าประเทศไทยยังคงมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และยังมีผู้ป่วยจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงผู้เสียชีวิตเพิ่มจำนวนขึ้น ทั้งนี้ยังไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์ที่ระบาดในปัจจุบัน ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น แต่เชื่อมีความสามารถในการแพร่ระบาดได้รวดเร็วขึ้น ประกอบกับประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกันตนเองลดลง ไม่ที่จะเป็นการสวมหน้ากากในที่สาธารณะ การล้างมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นเหตุให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ประชาชนบางส่วนในประเทศไทย ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน หรือได้รับวัคซีนไม่ครบ ทำให้เกิดการขาดการรับรู้ด้านสุขภาพ นำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่ดี

จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาดของ ประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อสร้างรูปแบบการเรียนรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยผู้วิจัยออกแบบงานวิจัยเป็น 2 ระยะ โดยเริ่มจากการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาด (จิตรารัตน์ แก้วคำ, 2567) และการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาด โดยการนำข้อมูลผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย 6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มาดำเนินการต่อใน ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มาออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มี

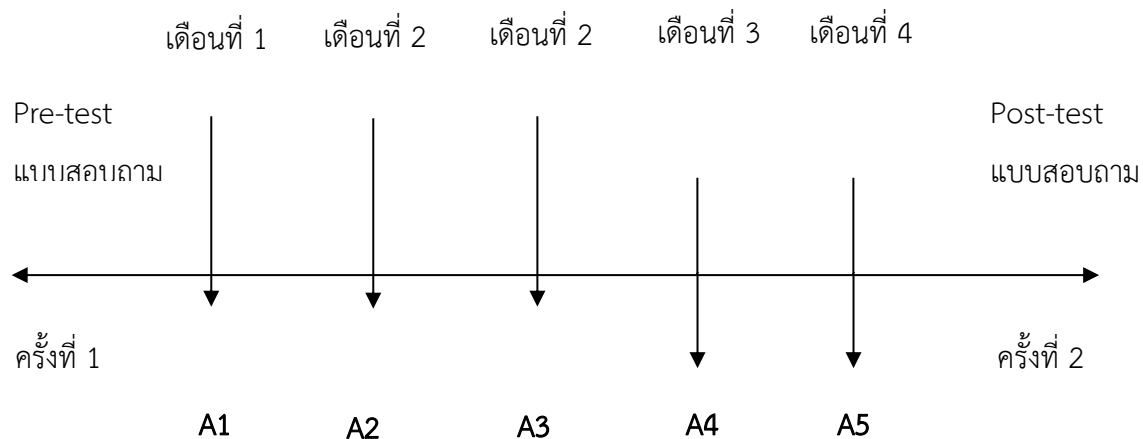
คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเพื่อที่จะนำมาทดลองใช้ในพื้นที่จริง แล้วประเมินว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์

กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบกรอบแนวคิดโดยนำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยการสร้างโปรแกรมจำนวน 5 กิจกรรม ประกอบด้วย



A1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 การเสริมทักษะความรู้ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

A2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

A3 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างการรู้เท่าทันสื่อและข้อมูลสารสนเทศ

A4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

A5 หมายถึง กิจกรรมที่ 5 การฝึกการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 - มีนาคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ประชาชนที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พ.ศ.2567 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 343 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อของประชาชนที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พ.ศ.2567 โดยนำรายชื่อมาเขียนลงในสลากแล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมา โดยไม่ใส่กลับคืน ให้ได้จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังการระบาด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยพัฒนามาจากผลวิจัยระยะที่ 1 โดยการพัฒนามาจากใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยการทดลองกิจกรรม 5 กิจกรรม

2) แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว การป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประวัติการได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ,

การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรการ D-M-H-T ได้แก่ D : Distancing เว้นระยะระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น, M : Mask wearing สวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา, H : Hand washing ล้างมือบ่อย ๆ จัดให้มีจุดบริการเจลล้างมืออย่างทั่วถึงเพียงพอ และ T : Temperature ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการ เพื่อคัดกรองผู้ใช้บริการที่อาจไม่สบาย ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำบ่อย ทำนาน ๆ ครั้ง ทำบางครั้ง และไม่เคยทำ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่า อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.96 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.94 , 2) พฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.83

ขั้นตอนการทดลองและการเก็บข้อมูล

กิจกรรมที่ 1 (ธันวาคม 2567) การเสริมทักษะความรู้ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธที่ีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเน้นประเด็นให้ความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตนป้องกันโรคในเรื่อง 1) D: การรักษาระยะห่างทางสังคม ประโยชน์ของการรักษาระยะห่างทางสังคมการแยกของใช้ส่วนตัว โดยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) M: การสวมหน้ากากอนามัย 3) H: การล้างมือที่ถูกต้อง และ 4) T: การวัดอุณหภูมิ

กิจกรรมที่ 2 (มกราคม 2568) การพัฒนาความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ใช้แนวคิดการเตือนตนเองและการจัดการตนเอง เป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติ เป็น

ความสามารถในการนำข้อมูลมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำป้องกันโรค โดยวิธีการเสริมพลังด้วยการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่มีประสพการณ์ มาแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เล่าถึงแนวทางในการปฏิบัติตัวที่ทำให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสังเกตอาการของโรคที่เป็น การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของตัวเองที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ความสามารถในการเตือนตนเอง เพื่อไม่ให้ลืมนข้อมูล หรือการปฏิบัติที่สำคัญเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิจกรรมที่ 3 (มกราคม 2568) การเสริมสร้างการรู้เท่าทันสื่อและข้อมูลสารสนเทศ เป็นการฝึกทักษะเข้าถึง “สืบค้น ตรวจสอบ บอกต่อได้” ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องการป้องกันโรค เป็นทักษะที่สำคัญทำให้มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล การค้นหา และใช้อุปกรณ์การสืบค้น ได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย มีแหล่งน่าเชื่อถือ แนะนำผู้อื่นต่อได้ โดยใช้วิธีการสาธิตการสืบค้นข้อมูลผ่านช่องทางต่างๆ เทคนิคการสอนกลับ อธิบายและทบทวนวิธีการสืบค้น การกลั่นกรอง การตรวจสอบข้อมูล จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และใช้เครื่องมือตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ฝึกค้นหาข้อมูลข่าวสารจากแหล่งเผยแพร่ต่างๆ เพื่อจะได้ค้นหาข้อมูลได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 4 (กุมภาพันธ์ 2568) การฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กิจกรรมฝึกทักษะการสื่อสาร “ถามตอบ บอกได้” ผู้วิจัยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อภิปรายพูดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสพการณ์ภายในกลุ่ม ได้แก่ สาเหตุการป้องกันโรคที่เหมาะสม ประสพการณ์เกี่ยวกับการรักษาโรค เพื่อสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจและโน้มน้าวใจให้ผู้อื่น ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกิดการปฏิบัติป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 5 (มีนาคม 2568) การฝึกการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เป็นการฝึกทักษะการตัดสินใจ การระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืน เป็นทักษะการตัดสินใจที่นำมาสู่การปฏิบัติป้องกันโรคที่สามารถวิเคราะห์ทางเลือกที่สามารถนำไป ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง โดยใช้การแบ่งกลุ่มสนทนากลุ่ม ระบุปัญหาสาเหตุของการเกิดโรค โดยการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม กำหนดทางเลือก วิเคราะห์ ข้อดีข้อเสียของทางเลือก และเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดพร้อมบอกเหตุผล พร้อมกำหนดจุดยืนในการปฏิบัติป้องกันโรคของตนเองและสามารถถ่ายทอดทางเลือกให้กับผู้อื่นในชุมชนได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติ Independent t-test

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0076 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษาวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง มีสัดส่วนของเพศหญิง (60%) มากกว่าเพศชาย (40%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี (56.70%) ($\bar{X}=42.62$, S.D.=9.78, Max=59, Min=24) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน (60%) จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (36.70%) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (36.70%) เกษตรกรรม (23.30%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวระหว่าง 5,000-20,000 บาท (70%) ($\bar{X}=12,800$, S.D.= 12,394.10, Max=60,000, Min=2,000) สิทธิการรักษาพยาบาลใช้บัตรทอง (80%) ไม่มีโรคประจำตัว (87.87%) เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (53.30%) คนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (66.70%) และส่วนใหญ่มีประวัติการได้รับวัคซีน 3 เข็ม (43.30%) ได้รับวัคซีน 4 เข็ม (30%)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.002) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ความรู้ด้านสุขภาพ	3.92	0.32	4.27	0.51	3.25	58	0.002	-0.57(-0.14)
1.การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	3.86	0.57	4.30	0.56	3.04	58	0.004	-0.73(-0.15)
2.ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	3.99	0.34	4.36	0.46	3.51	58	0.001	-0.58(-0.16)
3.การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	3.92	0.41	4.24	0.57	2.53	58	0.014	-0.58(-0.07)
4.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	3.65	0.46	4.17	0.75	3.23	58	0.002	-0.58(-0.16)
5.การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	4.00	0.45	4.30	0.55	2.31	58	0.024	-0.56(-0.04)
6.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	3.92	0.41	4.21	0.57	2.20	58	0.032	-0.54(-0.03)

3. พฤติกรรมการป้องกันโรค

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพจำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
พฤติกรรมการป้องกันโรค	3.53	0.45	4.06	0.31	5.35	58	<0.001	-0.74(-0.33)
- D : Distancing เว้นระยะระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น	3.56	0.51	4.01	0.35	3.98	58	<0.001	-0.67(-0.22)
- M : Mask wearing สวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา	3.22	0.43	3.74	0.43	5.25	58	<0.001	-0.58(-0.16)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95% CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
- H : Hand washing ล้างมือบ่อย ๆ จัดให้มีจุดบริการเจล ล้างมืออย่างทั่วถึงเพียงพอ	3.83	0.62	4.53	0.41	5.14	58	<0.001	-0.56-(-0.04)
- T : Temperature ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการเพื่อคัดกรองผู้ใช้บริการที่อาจไม่สบาย	3.68	0.80	4.35	0.49	3.87	58	<0.001	-01.01-(-0.32)

อภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย 6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น สอดคล้องตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ต้องมี ทักษะและความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โดยอธิบายได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีผลทางตรงทำให้บุคคล มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพจะดีตามไปด้วย เนื่องจากจะมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจจัดการตนเอง และสามารถรู้เท่าทันสื่อได้ ทั้งนี้ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น จะต้องมีทักษะด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน เป็นพื้นฐาน เนื่องจากทักษะด้านการสื่อสารดังกล่าวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำมาปรับเปลี่ยนข้อมูลสื่อสาร และพัฒนาตนเอง เมื่อได้มีการนำสู่การปฏิบัติก็จะทำให้บุคคลเกิดทักษะการปฏิบัติ ทำให้เกิดผลต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากสถานการณ์ที่เกิดกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มองเห็นปัญหาได้อย่างชัดเจน เมื่อสถานการณ์เรื่องนี้เกิดขึ้น มีการพูดถึงประเด็นต่าง ๆ มากมาย มีการผลิตและส่งต่อข้อมูลข่าวสารและความรู้ใหม่ ๆ จำนวนมาก ผ่านสื่อกระแสหลัก ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุอินเทอร์เน็ต และสมาร์ตโฟน ทำให้ประชาชนทั่วไปได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เพิ่มมากขึ้นทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง โดยประชาชนขาดทักษะในการค้นหาข้อมูลที่ต้องการ

สำหรับนำมาเปรียบเทียบ มีทักษะการกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลไม่เพียงพอ เกิดปัญหาในการปฏิบัติตัว ข้อมูลข่าวสารในยุคสังคมข้อมูลข่าวสาร ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลายแหล่ง ซึ่งเป็นข้อมูลใหม่ต้องใช้ความคิดพิจารณาแยกแยะให้ได้ว่าข้อมูลใดเป็นของจริงและถูกต้อง รวมทั้งถูกกระตุ้นรุมเร้าด้วยข้อมูลข่าวสารใหม่ตลอดเวลา ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการสื่อสารระหว่างบุคคลและระหว่างกลุ่มคนในวงกว้าง นำไปสู่การปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการจัดกิจกรรมที่ 2-5 คือ การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านโดยพัฒนามาจากใช้ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า หลังทดลอง ($\bar{X}=4.27, S.D.=0.51$) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=3.92, S.D.=0.32$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ และคณะ (2565) ศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลโนนชัยศรี อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้ มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย Distancing เว้นระยะระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น, Mask wearing สวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา, Hand washing ล้างมือบ่อยๆ จัดให้มีจุดบริการเจลล้างมืออย่างทั่วถึงเพียงพอ และ Temperature ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem,2001) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้นบุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และบุคคลจะมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความสามารถในระดับที่พอเพียงและต่อเนื่องกับความต้องการดูแลรวมถึงมีความรู้ที่จะนำไปสู่การดูแลตนเองเพื่อความผาสุก ซึ่งการดูแลตนเองของบุคคลจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและเป็นเป้าหมายเพื่อรักษาซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพ โดยโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการจัดกิจกรรมที่ 1 การเสริมทักษะความรู้ความเข้าใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลสุขภาพ และการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 ได้ดียิ่งขึ้น จะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค พบว่า หลังทดลอง ($\bar{X}=4.06, S.D.=0.31$) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=3.53, S.D.=0.45$) สอดคล้องกับการศึกษาของ

วลัยนารี พรหมลาและจิระวรรณ อุคคกิมพันธ์ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และการศึกษาของ นฤนาท ยืนยง และวลัยนารี พรหมลา (2560) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญเพิ่มขึ้นหลังจากการได้รับโปรแกรม ดังนั้นการจัดโปรแกรมการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปวางแผนส่งเสริมป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพต่อไป

สรุปผลวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการระบาด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ สามารถทำให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรค เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการระบาด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์นี้ สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมการป้องกันโรคอุบัติใหม่ในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ ในชุมชน หรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และควรขยายผลการศึกษาวิจัยไปในพื้นที่อื่นต่อไปโดยอาจประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มที่ใช้และไม่ใช้โปรแกรมฯ

เอกสารอ้างอิง

ธิดารัตน์ แก้วคำ. (2567). **พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**

หลังการระบาดของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น. 5(3). 38-51

นฤนาท ยืนยง และวลัยนารี พรหมลา. (2560). **โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวอมญังหวัดปทุมธานี.**วารสารสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 6(2): 20-29.

เพชรตัน ศิริสุวรรณ และคณะ. (2565). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลโนนชัยศรี อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด.**วารสารสุขศึกษา. 45(2): 48-58.

วลัยนารี พรหมลาและจิระวรรณ อุดคคิมาพันธ์. (2561). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี.**วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก. 4(2): 59-67.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. (2564). **รายงานสรุปผล สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.** อุตรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. (2566). **รายงานสรุปผล สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.** อุตรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์.

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

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.

Orem, D.E.(2001). **Nursing: Concepts of Practice.** (6thed.)St. Louis: Mosby.



ประสิทธิผลโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกำกั้นอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยตำบลข่อยสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

บุญยงค์ บุคำ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกำกั้นอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มตัวอย่างคือ เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยตำบลข่อยสูง จำนวน 32 ราย โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกำกั้นอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พัฒนาขึ้นโดยการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำกั้นอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย การรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกำกั้น การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการกำกั้น และระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนให้กำลังใจ และการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมเกษตรกรกับการจัดการตนเอง กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ 3 การสร้างเสริมพฤติกรรมกำกั้นอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการสร้างแรงสนับสนุนเพื่อลดการเจ็บป่วยด้วยโรคและภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กิจกรรมที่ 5 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระยะเวลาทดลอง 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองตัวแปรที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การรับรู้ด้านสุขภาพ (P-Value<0.001) พฤติกรรมสุขภาพ (P-Value=0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ประสิทธิผล, โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกำกั้นอันตรายจากการใช้สารเคมี, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, เกษตรกรผู้ปลูกอ้อย

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข่อยสูง จังหวัดอุดรธานี, E-mail: Teshow_model@hotmail.co.th



The effectiveness of a program promoting behavior to prevent the dangers of pesticide use among sugarcane farmers in Khoi Sung Sub-district, Tron District, Uttaradit Province.

Boonyong Bukham ¹

Abstract

A Quasi-experimental study is a one-group pretest-posttest design aimed at evaluating the effectiveness of a program to promote behaviors for preventing harm from the use of chemical pesticides. The sample consisted of 32 sugarcane farmers from Koi Sung Subdistrict. The program for promoting preventive behaviors regarding pesticide harm was developed by utilizing research findings from Phase 1 to design the program. These findings included variables significantly related to preventive behaviors against pesticide harm at the 0.05 statistical significance level, including health perception, such as the awareness of the benefits of prevention, perceived obstacles, incentives for prevention, and the duration of pesticide use. The program applied the Health Belief Model in conjunction with social support, encouragement, and reminders, using social support. It consisted of five activities: Activity 1. Farmers and Self-management, Activity 2. Health Perception Awareness, Activity 3. Promoting Preventive Behaviors for Pesticide Harm, Activity 4. Creating Support to Reduce Illness from Pesticide Use, and Activity 5. Knowledge Exchange Forum. The experimental period lasted for 4 months. Data were collected using a questionnaire, and the analysis was conducted using Independent t-test statistics. The research results showed that after the experiment, the variables had statistically significant increases in mean scores when compared to the pre-experiment values, including health perception (P-Value < 0.001) and health behaviors (P-Value = 0.001), respectively.

Keywords: Effectiveness, Program to promote protective behavior against chemical hazards, Pesticides, Sugarcane farmers.

¹ Public Health Expert, Khoi Sung Subdistrict Health Promotion Hospital, Uttaradit Province.

E-mail: Teshow_model@hotmail.co.th

บทนำ

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรมในประเทศไทย คือ อันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เนื่องจากเกษตรกรส่วนใหญ่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลาย เพื่อเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร และเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง (วรรณภา วรรณศรี และคณะ, 2564) การใช้สารกำจัดศัตรูพืชทำให้เกิดผลกระทบต่อเกษตรกร ผู้ใช้ ผู้บริโภค และสิ่งแวดล้อม การฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนในดิน น้ำ ทั้งแหล่งน้ำผิวดิน และใต้ดิน และสารยังสามารถฟุ้งกระจายไปในบรรยากาศ ซึ่งเกษตรกร ประชาชนทั่วไป ผู้บริโภค และสิ่งมีชีวิตในสิ่งแวดล้อม อาจได้รับสารกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายได้ ผลการวิจัยล่าสุดพบว่า สารกำจัดศัตรูพืชอาจทำให้เกิดโรค และปัญหาสุขภาพหลายอย่าง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วนลงพุง โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคภูมิแพ้โพรงจมูก โรคผิวหนัง อาการทางสุขภาพจิต ปัญหาการเจริญพันธุ์ ภาวะมีบุตรยาก เด็กมีพัฒนาการและเรียนรู้ช้า (ชัชวาลย์ จันทรวิจิตร และคณะ, 2564) จากรายงานข้อมูลโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย 3 ปีย้อนหลัง พบว่า ปี 2565 พบผู้ป่วยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืช จำนวน 6,511 ราย (อัตรา 14.26 ต่อแสนประชากร) ปี 2566 พบผู้ป่วยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืช จำนวน 3,971 ราย (อัตรา 8.72 ต่อแสนประชากร) และปี 2567 พบผู้ป่วยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืช จำนวน 3,600 ราย (อัตรา 7.92 ต่อแสนประชากร) และจากรายงานการตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2565 - 2567 พบว่า ผลการคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับเสี่ยงขึ้นไป ปี 2565 พบในอัตราร้อยละ 22.71 ปี 2566 พบในอัตราร้อยละ 27.44 และปี 2567 พบในอัตราร้อยละ 33.52 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

จังหวัดอุดรธานี เป็นจังหวัดหนึ่งที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยคิดเป็นร้อยละ 53.6 ของประชากรทั้งหมด และผลการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพเกษตรกร เพื่อคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2565 - 2567 ผลการคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับเสี่ยงขึ้นไป ปี 2565 พบในอัตราร้อยละ 28.92 ปี 2566 พบอัตราร้อยละ 36.43 และในปี 2567 พบอัตราร้อยละ 46.91 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2567) โดยเฉพาะพื้นที่ตำบลข่อยสูง อำเภอรัตน จังหวัดอุดรธานี ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70 และปลูกพืชโดยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากผลการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพเกษตรกร ผลการตรวจคัดกรองสุขภาพของเกษตรกรในพื้นที่ตำบลข่อยสูง 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2565 - 2567 พบว่า เกษตรกรที่ตรวจพบสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดระดับเสี่ยงขึ้นไป ปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 44.68 ปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 57.14 และในปี 2567 คิดเป็นร้อยละ 49.04 จากข้อมูลจะพบว่าพื้นที่

ตำบลช่อสูงมีผลการคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับเสี่ยงขึ้นไป สูงกว่าระดับประเทศและระดับจังหวัดอุดรดิตถ์ เกษตรกรส่วนใหญ่จึงมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่อสูง, 2567)

จากข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อสร้างรูปแบบการเรียนรู้เรื่องการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยผู้วิจัยออกแบบงานวิจัยเป็น 2 ระยะ โดยเริ่มจากการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยตำบลช่อสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ (บุญยงค์ บุคำ, 2567) และการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย โดยการนำข้อมูลผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 1) การรับรู้ด้านสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพ มาดำเนินการต่อในระยะที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ตำบลช่อสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์

กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบกรอบแนวคิดโดยนำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยการสร้างโปรแกรมฯจำนวน 5 กิจกรรม ประกอบด้วย

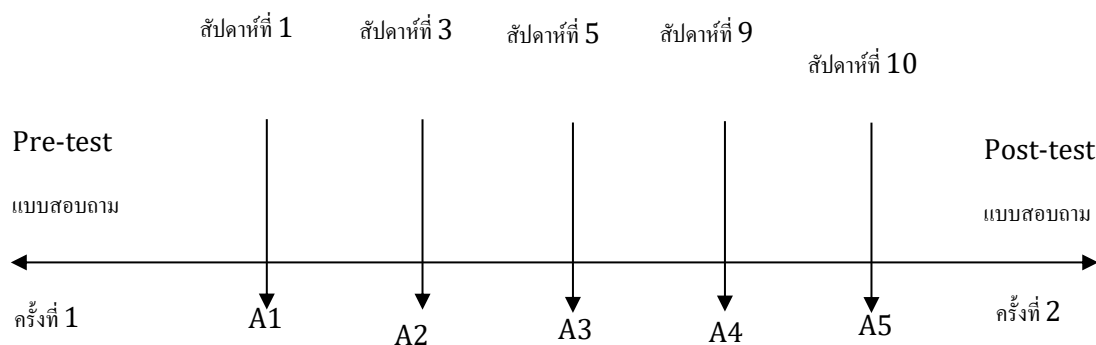
กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมเกษตรกรกับการจัดการตนเอง เป็นการพบกลุ่มผู้ร่วมวิจัย โดยพัฒนาความสามารถ และทักษะการจัดการตนเอง (Empowerment and Self-efficacy) (A1)

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ โดยการให้ความรู้ การอบรมฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ ป้องกัน การการสาธิตการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่ถูกต้อง การเรียนรู้ร่วมกันเพื่อหาอันตรายในการป้องกันอันตราย ร่วมกัน (A2)

กิจกรรมที่ 3 การสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (A3)

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการสร้างแรงสนับสนุนเพื่อลดการเจ็บป่วยด้วยโรคและภัยจากการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืช โดยการให้คำปรึกษา แนะนำ การเยี่ยมบ้าน การจับคู่เกษตรกรคู่บัดดี้ (A4)

กิจกรรมที่ 5 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (A5)



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2567 – มีนาคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยตำบลข่อยสูง ซึ่งขึ้นทะเบียนเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยกับสำนักงานเกษตร อำเภอดรอน จำนวน 194 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยตำบลข่อยสูง จำนวน 194 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลข่อยสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็น เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยจากสำนักงานเกษตรอำเภอดรอน จังหวัดอุดรธานี 2) เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง 3) สามารถตอบคำถามแบบสอบถามสามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ของเกษตรกรจนครบทุกกิจกรรมได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยตำบลข่อยสูง ที่ขึ้นทะเบียนเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยกับสำนักงานเกษตรอำเภอตรอน จากรายชื่อเกษตรกรที่ได้ทำวิจัยในระยะที่ 1 (จำนวน 194 คน) โดยนำรายชื่อเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยมาเขียนลงในสลาก แล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมา โดยไม่ใส่กลับคืน ให้ได้จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ, สถานภาพ, รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปี, จำนวนพื้นที่ปลูกอ้อย, ระยะเวลาการใช้สารเคมี ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากอันตรายของการสัมผัสสารเคมีฯ การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อคำถามที่เกี่ยวกับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ ลักษณะคำถามแบบข้อคำถามตามความคิดเห็น ใช่ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันอันตรายก่อนใช้สารเคมี พฤติกรรมการป้องกันอันตรายระหว่างใช้สารเคมี พฤติกรรมการป้องกันอันตรายหลังการใช้สารเคมี ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตามการปฏิบัติ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยตำบลวังแดง อำเภอ

รอน จังหวัดอุดรดิษฐ์ และค่านวนค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมพันธ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.911

2. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยพัฒนามาจากผลวิจัยระยะที่ 1 นำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มาออกแบบกิจกรรมเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 5 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 (ธันวาคม 2567) เกษตรกรกับการจัดการตนเอง เป็นการพบกลุ่มผู้ร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยและสร้างความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย เพื่อการพัฒนาความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง (Empowerment and Self-efficacy) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเสริมพลังด้วยการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ คือ เกษตรกรที่ให้ความสนใจในด้านสุขภาพ มีการดูแลป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง มีผลการตรวจระดับสารเคมีในกระแสเลือดอยู่ในระดับ ปกติทุกปี โดยกิจกรรมเน้นทำกิจกรรมร่วมกันการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้บุคคลต้นแบบมาบอกเล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และกำหนดบทบาทการนำเสนอ โนม่น้าวชักชวน พูดคุยแนะนำ และปฏิบัติเป็นตัวอย่างให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องในชุมชน ในด้านการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีและการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง การเรียนรู้ร่วมกันเพื่อหาวัตกรรมในการป้องกันอันตรายร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 (มกราคม 2568) การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและการรับรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่เกษตรกรด้านการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความรู้เรื่องอันตรายและผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเน้นประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

กิจกรรมที่ 3 (มกราคม 2568) การสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการอบรมฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกัน การสาธิตการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่ถูกต้อง ได้แก่ การสวมชุดป้องกัน การสวมหมวก แว่นตา ถุงมือ รองเท้า

กิจกรรมที่ 4 (กุมภาพันธ์ 2568) กิจกรรมการสร้างแรงสนับสนุนเพื่อลดการเจ็บป่วยด้วยโรคและภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยการให้คำปรึกษา แนะนำ การเยี่ยมบ้าน การจับคู่เกษตรกรคู่บัดดี้

กิจกรรมที่ 5 (กุมภาพันธ์ 2568) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยดำเนินการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตัวของเกษตรกร ถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จปัญหาอุปสรรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ ใช้สถิติ Independent t-test การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นจังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NTC888 - 0078 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษาวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

เกษตรกรผู้ปลูกอ้อย มีสัดส่วนของเพศชาย (59.40%) มากกว่าเพศหญิง (40.60%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี (81.30%) (\bar{X} =49.75, S.D.=8.172, Max=64, Min=34) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (34.40%) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น (28.10%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (81.30%) ลักษณะที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านไม้ชั้นเดียว (25%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพปลูกอ้อยเป็นอาชีพหลัก (96.90%) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีของครอบครัวระหว่าง 100,000-400,000 บาท (65.60%) (\bar{X} =233,750, S.D.= 155,288.493, Max=600,000, Min=50,000) ส่วนใหญ่มีจำนวนพื้นที่ปลูกอ้อยระหว่าง 15-65 ไร่ (59.40%) (\bar{X} =29.81, S.D.= 21.089, Max=90, Min=10) ส่วนใหญ่ใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่ใช้ฉีดพ่นแบบสะพายหลัง (ร้อยละ 90.60) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ใช้สารเคมีระหว่าง 10-30 ปี (62.50%) (\bar{X} =17.28, S.D.= 12.327, Max=50, Min=1)

2. การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
การรับรู้ด้านสุขภาพ	4.076	0.378	4.487	0.238	-5.202	62	<0.001	-0.569 - (-0.253)
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากอันตรายของการสัมผัสสารเคมีฯ	4.15	0.460	4.56	0.260	- 4.426	62	<0.001	-0.738(-0.367)
- การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายของสารเคมีฯ	3.90	0.554	4.73	0.290	-7.516	62	<0.001	-1.052(-0.610)
- การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีฯ	4.50	0.480	4.51	0.446	-0.120	62	0.905	-0.245-0.217
- การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีฯ	3.75	0.480	3.89	0.394	-1.383	62	0.172	-0.339 -0.061
สิ่งชักนำให้เกิดการป้องกันฯ	0.94	0.113	1.00	0.000	-2.523	62	0.014	-0.091 - (-0.010)

พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันจำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
พฤติกรรมการป้องกัน	4.138	0.376	4.622	0.160	-6.701	62	<0.001	-0.673 - (-0.295)
- พฤติกรรมก่อนใช้	4.00	0.455	4.48	0.281	-5.122	62	<0.001	-0.673(-0.295)
- พฤติกรรมขณะใช้	3.92	0.555	4.49	0.272	-5.202	62	<0.001	-0.787(-0.350)
- พฤติกรรมหลังใช้	4.40	0.483	4.82	0.127	-4.685	62	<0.001	-0.590(-0.237)

อภิปรายผล

การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากอันตรายของการสัมผัสสารเคมี, การรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายของสารเคมี, การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี, การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อธิบายได้ว่า การรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคหรือป้องกันอันตรายจากการที่จะเกิดโรคหรือภัยสุขภาพจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและภัยสุขภาพ โรคและภัยสุขภาพนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้ง การปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุทธศาสตร์ด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วย และความอาย (Rosenstock, 1974) และผลจากการจัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยมีกิจกรรมการนำบุคคลต้นแบบ เข้ามามีบทบาทเป็นผู้สื่อสารบอกเล่าประสบการณ์ให้กับเกษตรกรคนอื่นๆ โดยการพูดคุย แนะนำ ชักชวน และปฏิบัติให้เห็นเป็นแบบอย่าง นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องโดยเน้นประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยการบรรยายและใช้สื่อสาธิตจากอุปกรณ์จริง ได้แก่ ชุดป้องกัน หมวก รองเท้าบูท ถุงมือ หน้ากาก แว่นตา และสาธิตการสวมชุดอุปกรณ์ป้องกันตนเองที่ถูกต้อง พร้อมทั้งรับชมความรู้ผ่านสื่อวิดีโอ ในการให้ความรู้เรื่องโรคและผลกระทบต่อสุขภาพ และภัยอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากกรณีวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน พบว่า การรับรู้

โอกาสเสี่ยงจากอันตรายของการสัมผัสสารเคมี และการรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ($P\text{-value}<0.001$) ดังนั้น จึงถือว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากอันตรายของการใช้สารเคมีฯ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเพราะถ้าเกษตรกรทราบว่ากิจกรรมใดที่มีโอกาสเสี่ยงจากอันตรายของการสัมผัสสารเคมีฯ เกษตรกรก็จะสามารถจัดการตนเองไม่ให้เกิดความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม และหากเกษตรกรรับรู้ความรุนแรงจากอันตรายของสารเคมีฯ เกษตรกรก็จะสามารถเฝ้าระวังป้องกันตนเอง ลดการสัมผัส ลดการใช้สารเคมีฯ ใช้สารเคมีตามขนาดปริมาณที่เหมาะสม เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ ศรีมานนท์, และคณะ (2564) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกรที่มีผลเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ เกษตรกรมีคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวุฒิ กกกระโทก และ พุฒิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์. (2562). ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพต่อแรงจูงใจเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า หลังเข้าร่วมการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) นอกจากนี้ปัจจัยสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ($P\text{-value}=0.014$) ซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมการสร้างแรงบันดาลใจเพื่อลดการเจ็บป่วยด้วยโรคและภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในกิจกรรมได้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ อสม.หรือ เกษตรกรคู่บัดดี้

พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ประกอบด้วยพฤติกรรมการป้องกันก่อนใช้ฯ พฤติกรรมการป้องกันขณะใช้ฯ และพฤติกรรมการป้องกันหลังใช้ฯ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสมแตกต่างจากก่อนทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ($\bar{X}=4.622$, $S.D.=0.160$) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=4.138$, $S.D.=0.376$) เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับเกษตรกร ทั้งก่อนการใช้สารเคมี ขณะใช้สารเคมี และหลังการใช้สารเคมี จึงส่งผลให้เกษตรกรเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ ศรีมานนท์, และคณะ (2564) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกรที่มีผลเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การจัดโปรแกรมประยุกต์จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตน ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวุฒิ กกกระโทก และ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ ทิพย์. (2562). ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพต่อแรงจูงใจเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าหลังเข้าร่วมการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเกษตรกร สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษารับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประเด็นด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาการทดลองโปรแกรมฯ เพียง ระยะเวลา 4 เดือน ยังไม่สามารถส่งเสริมให้เกษตรกรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันทั้ง 2 ด้านนี้ได้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการใหม่ ๆ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ หรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้เกษตรกร ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC-Dashboard).
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- จุฑามาศ ศรีमानนท์ และ คณะ. (2564) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก
 สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกรที่มีผลเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎี
 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ, 3(2), 32-48
- ชัชวาล จันทรวิจิตร และ คณะ. (2564). คู่มือการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย. บริษัท สยามพิมพ์นาวา
 จำกัด.
- ณัฐวุฒิ กกกระโทก และ พุฒิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์. (2562). ผลของโปรแกรมสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพต่อ
 แรงจูงใจเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอหนองหงส์
 จังหวัดบุรีรัมย์.วารสารชุมชนวิจัย, 13, 239-250
- บุญยงค์ บุคำ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัด
 ศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในพื้นที่ตำบลช่อสูง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี.วารสาร
 วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น. 5(4): 49-61.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่อสูง. (2567). รายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขประจำปี
 งบประมาณ 2567. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่อสูง จังหวัดอุดรธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2567). คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC-
 Dashboard).https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=f16421e617aed29602f9f09d951cce68
- วรรณภา วรรณศรี, นันทิพย์ อยู่เย็น และ ยุพมาศ สุกใส. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัด
 ศัตรูพืชของเกษตรกรในพื้นที่บ้านปลื้มพัฒนา ตำบลโคกมะม่วง อำเภอปะคา จังหวัดบุรีรัมย์.
 วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา, 8, 128-141.
- Cronbach. (1997). Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row.
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health
 Education Monographs, 2(4), 328-335



**ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการ
ปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม.
อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์**

ปวีณา กุมาร¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1)เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม.อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 30 คน โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม.พัฒนาขึ้นจากหลักสูตรการอบรมจากหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 ร่วมกับกิจกรรมการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.(อสม.1) พ.ศ.2566 (ฉบับที่ 2) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2567) โดยประยุกต์ทฤษฎีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ แรงจูงใจ และทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) พ.ศ.2566 (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2567 กิจกรรมที่ 2 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของ อสม. กิจกรรมที่ 3 ลงพื้นที่ฝึกปฏิบัติจริงในละแวกรับผิดชอบของตนเอง ระยะเวลาทดลอง 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามและแบบทดสอบ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการทดลองตัวแปรที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1)(P-Value<0.001) ทักษะในการบันทึกแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม. (P-Value<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.),แบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) ,ค่าป่วยการ อสม. ,ประสิทธิผล, โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

¹ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ, E-mail : pchaithip@hotmail.com

Effectiveness of developing the potential of village health volunteers (VHVs) in performing work according to the performance report form (VHV1) in order to receive sick pay, Village health volunteers, Mueang Uttaradit District Uttaradit Province.

Paveena Kumarn¹

Abstract

The Quasi-experimental research was a one-group pretest-posttest aimed to study the effectiveness of a capacity-building program for Village Health Volunteers (VHVs) in performing tasks according to the VHV performance report form (VHV 1) to receive their service allowance in Mueang Uttaradit District, Uttaradit Province. The sample consisted of 30 VHVs who had been working for at least one year. The capacity-building program was developed based on the 2007 Standard Training Curriculum for VHVs, combined with activities related to the 2023 (2nd edition) VHV performance report form (VHV 1), issued by the Department of Health Service Support in 2024. The program was designed by applying theories on human resource development, motivation, and knowledge, attitude, and behavior. It comprised three main activities: 1) Performing tasks according to the 2023 (2nd edition) VHV performance report form (VHV 1) in 2024. 2) Utilizing digital technology in VHV operations. 3) Field training in their assigned areas. The experimental period lasted for three months. Data were collected using questionnaires and tests, and the data analysis employed the Independent t-test. The research findings indicated that after the experiment, the mean scores of key variables significantly increased compared to the pre-experiment phase. These included performing tasks according to the VHV performance report form (VHV 1) (P-Value < 0.001) and skills in recording the performance report (VHV 1) for the service allowance request (P-Value < 0.001).

Keywords: Village Health Volunteer (VHV), VHV Performance Report Form (VHV 1), VHV Service Allowance, Effectiveness, Village Health Volunteer Capacity-Building Program

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Quality and Service Model Development Division, Uttaradit Public Health Office, E-mail : pchaithip@hotmail.com

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรการอบรมจากหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 ได้รับเงินค่าป่วยการ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปีพ.ศ. 2554 และมีการส่งรายงานแบบ อสม. 1 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ภายในวันที่ 25 ของเดือนผ่านทางแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. จำยตามแนวทางบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคมของหน่วยงานภาครัฐผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ กรมบัญชีกลาง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

จากรายงานการส่งเบิกค่าป่วยการ อสม.ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน ในปี 2567 จังหวัดอุดรดิตถ์ ยังมี อสม.ที่ส่งรายงานการปฏิบัติงานผ่านทางแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ไม่ถูกต้องครบถ้วนทันเวลาในแต่ละเดือน ดังนี้ เดือนเมษายน จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 2.03 เดือนพฤษภาคม จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 1.65 เดือนมิถุนายน จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 1.86 เดือนกรกฎาคม จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 1.57 เดือนสิงหาคม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.03 และเดือนกันยายน จำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 0.14 ทำให้ถูกระงับการจ่ายเงินค่าป่วยการของเดือนนั้นๆ ส่งผลให้ภาพรวมของจังหวัดส่งเบิกค่าป่วยการไม่ครบตามโควตาที่ได้รับจัดสรรและทำให้มีงบประมาณเหลือจ่ายในบัญชีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกปี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2567)

จากข้อมูลสถานการณ์จำนวน อสม.ที่ไม่ส่งรายงานตามระยะเวลาที่กำหนดซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และปัญหาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการใช้งานแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1)ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม.อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยพัฒนาขึ้นจากหลักสูตรการอบรมจากหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 ร่วมกับกิจกรรมการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.(อสม.1) พ.ศ.2566 (ฉบับที่ 2) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2567) ร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ แรงจูงใจ และทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม มาออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ เพื่อจะนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน และการเบิกจ่ายค่าป่วยการ อสม. พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการสร้างความเข้าใจอันดีต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม.อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

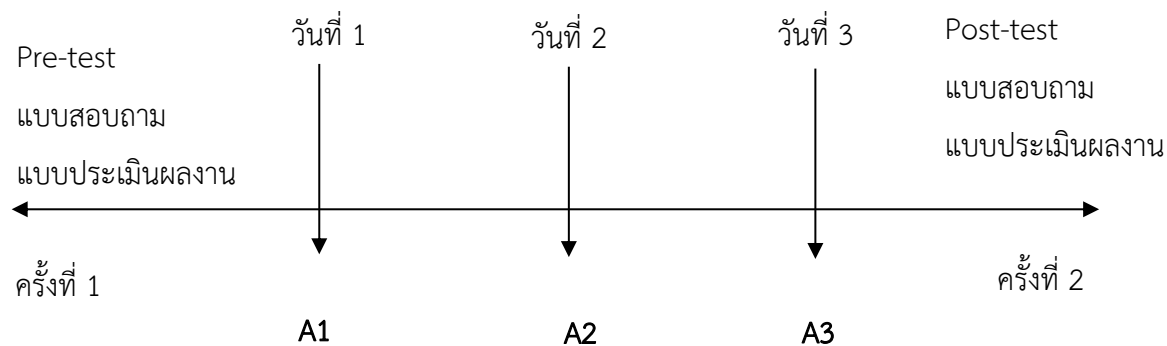
กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบกรอบแนวคิดโดยนำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Nadler and Wiggs, 1989) แรงจูงใจ (Kotler and Armstrong, 2002) และทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม (Singh and Malaviya, 1994) โดยการสร้างโปรแกรมฯจำนวน 3 กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) พ.ศ.2566 (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2567 (A1)

กิจกรรมที่ 2 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของ อสม. (A2)

กิจกรรมที่ 3 ลงพื้นที่ฝึกปฏิบัติจริงในละแวกรับผิดชอบของตนเอง (A3)



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 - มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งเพศชายและหญิงที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชนของสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนปี2567 ที่ได้รับเงินค่าป่วยการ ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 3,304 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนโดยมีการคัดเลือกได้แก่ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน(thaiiphc.net) กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์การคัดออกได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์ก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น 4) ลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข หรือเสียชีวิตในช่วงระหว่าง

การสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่างจะการใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จาก ทะเบียนรายชื่อ อสม.ในพื้นที่อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยนำรายชื่อของ อสม. มาเขียนลงในสลากแล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมาโดยไม่ใส่กลับคืน ให้ได้จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา พื้นที่รับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การมีสมาร์ทโฟน ช่องทางการส่งรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) การรับเงิน ค่าป่วยการ อสม. ครบทุกเดือน ช่องทางการรับเงินค่าป่วยการ อสม. ความเหมาะสมของจำนวนครั้งที่ส่งรายงานการปฏิบัติงานของทุกเดือน (8 ครั้ง)

ส่วนที่ 2 ทักษะในการบันทึกแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม. จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังควบคุม และป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค การจัดการสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล การสนับสนุนอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล/การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ การเข้าร่วมกับทีมหมอครอบครัว กิจกรรมอื่นๆ

ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) ประกอบด้วย ความถูกต้อง ครบถ้วน และความทันเวลา ในการส่งรายงาน จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอสม.ของอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.867 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) ความรู้และทักษะ 0.923, 2) การปฏิบัติงานตามแบบรายงาน 0.745, 3) ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. 0.824

2. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) โดยพัฒนาขึ้นจากหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 ร่วมกับกิจกรรมการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.(อสม.1) พ.ศ.2566 (ฉบับที่ 2) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2567) โดยประยุกต์ทฤษฎีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ แรงจูงใจ และทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 (ธันวาคม 2567-มกราคม 2568) การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและสร้างแรงจูงใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) พ.ศ.2566 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ความรู้ เรื่องหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของ อสม. และการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ(อสม.1) พ.ศ. 2566 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. พ.ศ. 2566 โดยเน้น ประเด็น การปฏิบัติงานตามขั้นตอนที่ระบุในแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) ได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 (มกราคม -กุมภาพันธ์ 2568) การพัฒนาความสามารถและทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของ อสม. ผู้วิจัยใช้วิธีการแบ่งกลุ่มการเรียนรู้ตามหัวข้อในแบบการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ(อสม.1) พ.ศ. 2566 คือ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังควบคุม และป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค การจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล การสนับสนุนอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) การใช้ยาอย่างสมเหตุ สมผล การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ การเข้าร่วมกับทีมหมอครอบครัว เน้นการฝึกปฏิบัติเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล

กิจกรรมที่ 3 (กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2568) การสร้างการรับรู้ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง ด้วยการลงพื้นที่ฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างลงพื้นที่จริงในละแวกรับผิดชอบของตนเอง ฝึก รายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ(อสม.1) ผ่านทางแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. มีการสรุปข้อมูลการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและแนวทางแก้ไขปัญหา ดำเนินการติดตามและประเมินผล การปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง โดยเน้น ประเด็น ความถูกต้อง ครบถ้วน และความทันเวลาในการส่งรายงาน มีการถอดบทเรียน โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม คั้นข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และนำข้อสรุปมาพัฒนาโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของความรู้และทักษะในการบันทึกผลการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) ใช้สถิติ Paired t-test

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เอกสารรับรองเลขที่ 86/2567 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษาวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 25 คน (83.33%) รองลงมาคือเพศชาย จำนวน 5 คน (16.67%) ช่วงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ระหว่าง 33-50 ปี จำนวน 13 คน (43.33%) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.40ปี (\bar{X} =53.40, S.D.= 8.57, Min=33, Max=72) อายุสูงสุด 72 ปี และต่ำสุด 33 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ แต่งงาน อยู่ด้วยกัน จำนวน 14 คน(46.66%) รองลงมาคือ โสด จำนวน 8 คน(26.67%) และคู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก จำนวน 8 คน(26.67%) ส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า จำนวน 12 คน (40.00%)รองลงมาคือระดับประถมศึกษา จำนวน 10 คน (33.33%) จบการศึกษาระดับ อนุปริญญา หรือเทียบเท่า จำนวน 4 คน (13.33%) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 4 คน (13.33%)

2. ข้อมูลการปฏิบัติงาน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี จำแนกตามลักษณะข้อมูลการปฏิบัติงาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 13 คน (43.33%) รองลงมาคือเทศบาล

เมืองอุดรดิตถ์ จำนวน 10 คน (33.33%) และโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก จำนวน 7 คน (23.33%) ส่วนใหญ่มี
 หลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 8-15 หลังคาเรือน จำนวน 17 คน (56.67%) โดยมีหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ยเท่ากับ
 10.07 หลังคาเรือน (\bar{X} =10.07, S.D.= 4.73, Min=4, Max=26) รับผิดชอบหลังคาเรือนสูงสุด 26 หลังคาเรือน
 และต่ำสุด 4 หลังคาเรือน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังดำรงตำแหน่งอื่นๆที่สำคัญในหมู่บ้าน ตำบลอีกด้วย คือ ดำรง
 ตำแหน่งประธาน อสม.หมู่บ้าน จำนวน 4 คน (13.33%) รองลงมาคือ ประธาน อสม.ตำบล จำนวน 2 คน (6.67%)
 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-10 ปี จำนวน 15 คน (50%) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ
 12.73 ปี (\bar{X} =12.73, S.D.= 10.78, Min=1, Max=40)ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงสุด 40 ปี และต่ำสุด 1 ปี มี
 สมาร์ทโฟนในการปฏิบัติงาน จำนวน 29 คน (96.67%) และมีเพียงจำนวน 1 คน (3.33%) ที่ไม่มีสมาร์ทโฟนใน
 การปฏิบัติงาน ช่องทางในการส่งรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) ส่งผ่านสมาร์ทโฟนจำนวน 29 คน(96.67%) ส่ง
 ด้วยแบบรายงานอสม.1 จำนวน 1 คน (3.33%) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 30 คน(100%)ได้รับ
 เงินค่าป่วยการ อสม.ครบทุกเดือน วิธีการรับเงินค่าป่วยการ คือ โอนเข้าบัญชีธนาคาร/พร้อมเพย์ จำนวน 30 คน
 (100%) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 24 คน(80%) เห็นว่าจำนวนครั้งที่ส่งรายงานทุกเดือน(8ครั้ง)
 มีความเหมาะสม มีเพียงจำนวน 6 คน(20%) ที่เห็นว่าไม่เหมาะสม

3. ความรู้ในการบันทึกแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในระยะก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง อสม.มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการบันทึกแบบรายงานผลการ
 ปฏิบัติงาน(อสม.1) สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.385) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ในการบันทึกแบบรายงานผลการ
 การปฏิบัติงาน(อสม.1) ของ อสม. ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. (n=30)

คะแนน	n	\bar{X}	S.D	t	df	p- value	95%CI
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	3.85	0.52	-0.87	58.00	0.385	-0.31- 0.12
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	3.94	0.26				

4. ทักษะในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ

อสม.

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง อสม.มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการทดสอบของทักษะในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม.หลังการพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) ของ อสม. ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ($n=30$)

คะแนน	n	\bar{X}	S.D	t	df	p-value	95%CI
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	4.29	0.64	-4.48	58.00	<0.001	-0.82 -(-0.31)
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	4.86	0.26				

5. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

ในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม.

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง อสม.มีค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม.หลังการพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการอสม.ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. (n=30)

คะแนน	n	\bar{X}	S.D	t	df	p- value	95%CI
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	4.47	0.52	-4.03	58.00	<0.001	-0.63
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	4.89	0.23				-0.21

6. ผลการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1)ความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ในการส่งรายงาน อสม.เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม.

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง อสม.มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) ความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ในการส่งรายงาน อสม.เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม.หลังการพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.003) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1)ความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาในการส่งรายงาน อสม.ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอสม. (n=30)

คะแนน	n	\bar{X}	S.D	t	df	p- value	95%CI
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	4.20	0.53	-3.09	58.00	0.003	-0.54
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	30	4.53	0.23				-0.12

อภิปรายผล

ความรู้ในการบันทึกแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1)ของ อสม.ในการปฏิบัติงาน หลังการทดลอง อสม.มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) สูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากความรู้ เป็นสิ่งที่เกิดจากการศึกษา การอบรม การ ถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ รวมถึงปัญหา และแนวทางแก้ไขที่ได้พบเจอ ทำให้มี ประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ มีทักษะเพิ่มขึ้นและมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน ส่งผลให้เกิดการ ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ (ญานิกา ศักดิ์ศรี, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ ทัศนคติและ พฤติกรรม (KAP model) ของ Singh and Malaviya (1994) ที่กล่าวว่า ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตนไว้ 4

รูปแบบ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อกำหนดแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ความรู้ ส่งผลให้เกิดทัศนคติ ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลาง ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติคือ ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา ความรู้และทัศนคติต่าง ก็ทำให้เกิดการปฏิบัติโดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้อง สัมพันธ์กัน และความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม มีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิด การปฏิบัติตามความรู้ นั้น หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อน แล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตาม ทัศนคตินั้น ดังนั้น อสม. จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และลดปัญหาในการกรอกแบบรายงาน โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการจัดกิจกรรมที่ 1 คือ การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและสร้างแรงจูงใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1)จึงส่งผลให้ อสม.เกิดการองค์ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสม ลดปัญหาและข้อผิดพลาดในการกรอกรายงานผลการปฏิบัติงานจะเห็นได้จากผล การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการบันทึกแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) พบว่า หลังทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง (P-value 0.385)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับวิจัยของ นงนุช หอมเนียม และคณะ (2565) พบว่า หลังการทดลองโปรแกรม การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{x} = 12.97$, S.D. = 1.54) เป็นระดับดี ($\bar{x} = 16.07$, S.D. = 2.32) และทุกคนสามารถผ่านการประเมินทักษะการดูแล ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในระดับดี ร้อยละ 100

ทักษะในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1)เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม. หลังการทดลอง อสม.มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากการพัฒนาบุคลากร คือ กระบวนการในการเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ และความสามารถของบุคลากร เพื่อให้พวกเขาสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (สุจิตรา ธนานันท์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของ Nadler และ Wiggs (1989) ที่กล่าวว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นกระบวนการวางแผนอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานและปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานขององค์กรให้สูงขึ้นโดยวิธีการฝึกอบรม การให้ การศึกษา และการพัฒนา และแนวคิดของ Noe, R. A. (2010) ที่กล่าวว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรถือเป็น กระบวนการที่สำคัญในการเพิ่มพูนทักษะและความรู้ให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การ ฝึกอบรมและพัฒนาเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มพูนทักษะและความสามารถของบุคลากร ซึ่งช่วยให้บุคลากรมีความ พร้อมในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานขององค์กร โดยการฝึกอบรมจะเน้นที่การเพิ่มทักษะทางเทคนิค การ

เสริมสร้างทักษะการจัดการ และการพัฒนาทักษะทางด้านอารมณ์ ดังนั้น อสม.จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และลดปัญหาในการปฏิบัติงาน โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการจัดกิจกรรมที่ 2 คือ การพัฒนาความสามารถ และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของ อสม.จึงส่งผลให้ อสม.เกิดความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ลดปัญหาและข้อผิดพลาดในการบันทึกผลการปฏิบัติงานในแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.จะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะในการบันทึกรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1)ของ อสม. พบว่า หลังทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับวิจัย อัญชลี นาคเพชร และคณะ (2567) พบว่า หลังการเข้าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อสม.มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01(t=8.69, P\text{-value} < .01, t=12.16, P\text{-value} .01)$

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม.หลังการทดลอง อสม.มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นกระบวนการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคลากรให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ ความชำนาญ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางที่ดี อันจะส่งผลให้งานของหน่วยงานที่ปฏิบัติอยู่สามารถบรรลุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล (วราภรณ์ แต่งผล, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ของ Knowles, M. S. (1980) กล่าวว่า ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อพวกเขามีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ที่สัมพันธ์กับปัญหาที่พบในชีวิตจริง และการเรียนรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทันทีในชีวิตการทำงานดังนั้น อสม. จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการจัดการข้อมูล เอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดปัญหาในการปฏิบัติงาน โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการจัดกิจกรรมที่ 3 คือ การสร้างการรับรู้ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง ด้วยการลงพื้นที่ฝึกปฏิบัติ ส่งผลให้ อสม.เกิดความชำนาญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม.1) และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. พบว่า หลังทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับวิจัยของ ญัฐพงศ์ อธิกิจรุ่งเรือง (2567) พบว่า หลังการทดลองโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อน

มะเร็งช่องปาก ด้วยอุปกรณ์ปัญญาประดิษฐ์ ใช้วิธีการฝึกอบรม คะแนนของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ผลการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) ความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ในการส่งรายงาน อสม.เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม. หลังการทดลอง อสม.มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. มี 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความสามารถของ อสม. คือ 1) ศักยภาพด้าน ทักษะ พฤติกรรมปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. 2) ด้านการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการ จัดการสุขภาพชุมชน 3) กลุ่มอายุของ อสม. 4) ระยะเวลาที่เป็น อสม. และ 5) อาชีพ การเสริมหนุน ศักยภาพ อสม. เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการเป็น Smart อสม. (ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ, 2567) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ของ Knowles, M. S. (1980) กล่าวว่าผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีที่สุด เมื่อพวกเขามีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ที่สัมพันธ์กับปัญหาที่พบในชีวิตจริง และการเรียนรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทันทีในชีวิตการทำงาน แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ ของ Kotler and Armstrong (2002) รายงานว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นต้องมีสิ่งจูงใจ (motive) หรือแรงขับเคลื่อน (drive) เป็นความต้องการที่กดดันจนมากพอที่จะจูงใจให้บุคคลเกิดพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ดังนั้น อสม.จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ในการส่งรายงาน อสม.เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม.เพื่อให้สามารถได้รับค่าป่วยการ อสม.ได้ตรงตามงวดจ่าย โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการจัดกิจกรรมที่ 3 คือ การสร้างการรับรู้ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง ด้วยการลงพื้นที่ฝึกปฏิบัติ ส่งผลให้ อสม.เกิดความตระหนักรู้ ทบทวน ตรวจสอบข้อมูลก่อนการส่งรายงานผลการปฏิบัติงาน(อสม. 1) ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา จะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลของการพัฒนา ศักยภาพ อสม. พบว่า หลังทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($P\text{-value} 0.003$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับวิจัยของ ถวิล เลิกชัยภูมิ (2567) พบว่า หลังการทดลองประสิทธิผลการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ อสม.ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาท อสม.หมอคนที่ 1 อยู่ในระดับสูงร้อยละ 59.91 มีแรงจูงใจในการดำเนินงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในด้านองค์ความรู้ ทักษะด้านการสื่อสาร และการประเมินผลการดำเนินงาน

สรุปผลวิจัย

ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม.อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับความรู้ และทักษะในการบันทึกแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม. 1) ให้สอดคล้องกับความต้องการและความพึงพอใจของ อสม.ทำให้การปฏิบัติงานของ อสม.มีประสิทธิภาพมากขึ้น ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมบทบาทของ อสม. ในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างเหมาะสม และใช้เป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กมลภรณ์ คงสุขวิวัฒน์, จรรยา รัตนวิภา, นฤตล อ่วมสุข และเพ็ญศรี โตเทศ. (2554).

การวิจัยและพัฒนาศักยภาพกลุ่มองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขสู่การสร้างระบบสุขภาพชุมชน
พื้นที่ภาคเหนือ (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครสวรรค์: โรงพิมพ์ทิศทางการพิมพ์นครสวรรค์.

เกศินี หงสนันท์. (2530). การประเมินบุคคล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). หลักสูตร

ฝึกอบรม มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ.

กองสนับสนุนสุขภาพภาพประชาชน. (2562). ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน : ข่าว

ประชาสัมพันธ์. สืบค้น 8 กันยายน 2567. จาก <http://www.thaiphc.net>.

กองสนับสนุนสุขภาพภาพประชาชน. (2567). วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ : ข่าวประชาสัมพันธ์. สืบค้น

15 กันยายน 2567. จาก [http:// www.hfocus.org](http://www.hfocus.org).

จิรพันธุ์ วิบูลย์วงศ์. (2556). คู่มือ อสม.มีอาชีพ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์

พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

จิรเดช แต่สิน. (2554). ความพึงพอใจในผลตอบแทนของพนักงานในกลุ่มอุตสาหกรรม

ยานยนต์ เขตนิคมอุตสาหกรรมโรจนะ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.ค้นเมื่อ 9 กันยายน 2556,

จาก www.research.rmutt.ac.th/wp-content/uploads/.../จิรเดช-แต่สิน.pdf.

- ช่วย เชิญกลาง. (2551). แรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข อำเภอด่านขุนทด-เทพารักษ์ จังหวัด
นครราชสีมา. สุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน, ปีที่ 22 (ฉบับที่ 11), (น.60).
- ชาญณรงค์ ชาววงษ์. (2535). การพัฒนาบุคลากรในสำนักงานศึกษาธิการอำเภอ เขตการศึกษา 11,
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต การบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- दनัย เทียนพุ่ม. (2537). กลยุทธ์การพัฒนาคคน : สิ่งท้าทายความสำเร็จของธุรกิจ. กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 22.
- ถวิล เลิกชัยภูมิ. (2567). ประสิทธิภาพการดำเนินงานของ อสม.หมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, 34(1), 20-27
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2555). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS
(พิมพ์ครั้งที่13). นนทบุรี: บริษัท เอส.อาร์.พรินติ้ง แมสโปรดักส์ จำกัด.
- ธงชัย สาระกุล. (2551). อสม.พลังสุขภาพชุมชน 20 มีนาคม วันอาสาสมัครสาธารณสุข
แห่งชาติ ประจำปี 2551. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน. (น. 10). ขอนแก่น:
โรงพิมพ์แอนนาออฟเซต
- บุญมี พันธุ์ไทย. (2554). ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ประยุทธ์ แสงสุรินทร์, อัญชิกา ชัชวาลยางกูร, ชยานันต์ ประมวลเจริญกิจ และณัฐวดี ศรีสง.
(2554). คู่มือ อสม.ยุคใหม่ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ประยุทธ์ แสงสุรินทร์. (2554). อสม.ทำไมต้องเข้มแข็ง.สุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ,
ปีที่23 (ฉบับที่ 3), (น. 5).
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2566. (7 กุมภาพันธ์ 2566). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่
140 ตอนพิเศษที่ 33 ง, หน้า 13-15
- เมธี จันท์จากรุณ. (2552). อสม.อาสาของแผ่นดิน (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์โบแดง.

- มัทธินา จำภา, บังอร ฤทธิอุตม และรวริภา บุญชูช่วย. (2554). ความพึงพอใจของประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเลือกสรร จังหวัดปทุมธานีต่อการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2554. สืบค้น 14 กันยายน 2567, จาก www.nc.rtaf.mi.th/sitedirectory/.../บทความย่อความพึงพอใจชุมชน.pdf.
- มหาชาติ โสภณนิธินาท, และยุทธนา แยกคาย (2567). สมรรถนะการบริหารจัดการองค์กร สร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสุวรรณโคโลก จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, 34(1), 28-37.
- รุจยา ชัชวาลยางกูร, ชาติชาย สุวรรณนิตย์, ศุภักชญา เฉิดฉันทพิพัฒน์ และชญญาภัค บุญยรัตน์. (2552). แนวทางการดำเนินงานโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม) เชียงรุก ปี 2552 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- รุจยา ชัชวาลยางกูร, ชาติชาย สุวรรณนิตย์, ศุภักชญา ภาวรงค์ะรัต, ชญญาภัค บุญยรัตน์, พาณพันธ์ุ ฉัตรอำไพวงศ์, ดิเรก นาคอ่อน และคนอื่นๆ. (2553). ผลการศึกษา สถานการณ์การดำเนินงานโครงการส่งเสริม อสม. เชียงรุก ปี 2552(ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วารภรณ์ แต่งผล. (2554). การศึกษาแนวทางการดำเนินงานพัฒนาบุคลากรในด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศของสถานศึกษาสังกัดเทศบาลเมืองแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- ศิริรภา แพทย์ดี. (2553). การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ปี 2553 (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด.
- ศุภักชญา ภาวรงค์ะรัต. (2555). ความรู้เรื่องกฎหมาย อสม. หนังสือพิมพ์เพื่อน ผสส. อสม. ปีที่30 (ฉบับที่12). (น.6).
- สุจิตรา ธนนันท์. (2554). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน จำกัด ทีพีเอ็น เพรส.
- สุภาพร พิศาลบุตร และยงยุท เกษสาคร.(2545). การพัฒนาบุคคลและการฝึกอบรม. พิมพ์ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ พรินติ้ง. หน้า 11.



สมาน รังสิโยภักษ์. (2530). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: สวัสดิการสำนักงาน ก.พ.

อัญธิกา ชัชวาลยางกูร, ศุภักชญา ภาวรงค์ะรัต, มนวดี ประกายรุ่งทองและชุตติสุตา เนติกุล. (2554). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 พร้อมด้วยระเบียบที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักข่าวพาณิชย์ กรมส่งเสริมการส่งออก.

เอกรินทร์ โปตะเวช, เรืองยศ จันทรสามารถ, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และ ยุภาพร ยุภาศ. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. สืบค้น 14 กันยายน 2567, จาก gs.rmu.ac.th/rmujbookj2_3_023.pdf

Knowles, M. S. (1980). The modern practice of adult education: From andragogy to pedagogy. New York: Follett.

Kotler, P., & Armstrong, G. (2002). Principles of marketing. NJ : Prentice Hall.

Noe, R. A. (2010). Employee Training and Development. Columbus, OH: McGraw-Hill Irwin.

Nadler และ Wiggs (1989) แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สืบค้น 15 กันยายน 2567. จาก <https://www.hrdbridge.com/16925512/>



การพัฒนากระบวนการให้บริการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดผ่านระบบสื่อสารทางไกลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

สุทธาทิพย์ ยิ่งดิลกพันธุ์กุล¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการรักษาด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์กับผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Stroke Rehabilitation Assessment of movement (STREAM) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรัง โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี กลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว 6 เดือน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู โดยการสุ่มแบบง่าย จำนวน 28 ราย เพศหญิง 11 ราย เพศชาย 17 ราย อายุเฉลี่ย 54.93 ± 11.92 ปี (อายุเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(ปี)) แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ 14 ราย และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง 14 ราย ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 24 สัปดาห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์กับผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) และผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์มีผลทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรังดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$)

คำสำคัญ : ระบบการสื่อสารทางไกล, ความสามารถในการเคลื่อนไหว, โรคหลอดเลือดสมอง

¹ นักกายภาพบำบัดชำนาญการ หน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี, E-mail : Mon_jang26@hotmail.com



Developing a physical therapy service system with tele-rehabilitation for chronic stroke patients at Banglamung hospital Chonburi.

Suttatip Yingdilukpantakul ¹

Abstract

This research is a quasi-experimental study aimed at investigating the effects of physical therapy rehabilitation programs delivered via video conferencing compared to physical therapy rehabilitation programs provided at a rehabilitation clinic, using the Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) scale to assess movement ability. The study was conducted on chronic stroke patients at Banglamung Hospital, Chonburi Province. The target population consisted of patients who had been diagnosed with a stroke for at least 6 months. The participants were divided into two groups: one group received a rehabilitation program via video conferencing, and the other received a rehabilitation program at a rehabilitation clinic. A simple random sampling method was used to select 28 participants, including 11 females and 17 males, with an average age of 54.93 ± 11.92 years (mean \pm standard deviation). The participants were divided into two groups: 14 individuals received the rehabilitation program via video conferencing, and 14 individuals received the rehabilitation program at the rehabilitation clinic at Banglamung Hospital. Both groups received physical therapy once a week for 24 weeks. Descriptive statistics were used for the analysis. The research findings revealed that there was no statistically significant difference between the rehabilitation program delivered via video conferencing and the rehabilitation program provided at the rehabilitation clinic ($P > 0.05$). However, the rehabilitation program via video conferencing significantly improved the movement ability of chronic stroke patients ($P < 0.05$).

Keywords : Tele-rehabilitation, Activity of daily living, Stroke

¹ Physiotherapist, Physical Therapy Unit, Bang Lamung Hospital, Chonburi Province, E-mail : Mon_jang26@hotmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกกันว่า อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือในทางทางการแพทย์เรียกว่า STROKE เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิตและเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการ จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบว่าปี 2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที)และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราการตาย 53 คน ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็นเพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 (ร้อยละ42) ส่วนใหญ่เป็นผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีจำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มขึ้นทุกปี โดยแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479,534,558 และ 654 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48,47,53 และ53 ตามลำดับ นอกจากนี้อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีที่เป็นปัญหาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องของความพิการที่อาจยังคงเหลือในระยะยาว ถึงแม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการรักษาทางการแพทย์รวมถึงการบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดแล้วจนครบระยะที่จะมีการฟื้นตัวสูงสุดที่เราเรียกว่า ช่วงเวลาทองของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังผ่านช่วงวิกฤติ (Golden Period) ก็ยังมีความพิการที่ยังเหลืออยู่จากพยาธิสภาพที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาหรือต้องรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดเวลา

การให้บริการการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรังเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้ผ่านพ้นช่วงวิกฤติและช่วงระยะเวลาของการรักษาแล้ว ระยะเรื้อรังจึงหมายถึงการดูแลระยะยาวที่เน้นการดูแล (care) ไม่ใช่การรักษา(treatment) ดังนั้นการให้บริการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมักเน้นติดตามการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นเช่น การหกล้ม ข้อยึดติด หรือรูปแบบการเดินที่ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น โดยอาจจะใช้การประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Stroke Rehabilitation Assessment of movement (STREAM) เป็นระยะๆร่วมกับการทบทวนท่าบริหารทางกายภาพบำบัดหรือทำออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ในระยะยาว จึงจำเป็นที่จะต้องนัดผู้ป่วยให้เข้ามาติดตามการรักษาทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเป็นระยะๆซึ่งอาจจะไม่ได้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลที่ต้องเน้นให้การรักษาฟื้นฟู และด้วยข้อจำกัดของผู้ป่วยในเรื่องของ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การต้องลาหยุดงานของผู้ดูแลที่ต้องพาผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกกายภาพบำบัดของโรงพยาบาล ทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยขาดนัด ขาดการติดตามการประเมินรวมถึงขาดการทบทวนท่าบริหารทาง

กายภาพบำบัดหรือทำออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ ถึงแม้ทางโรงพยาบาลจะมีระบบส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยก็ตามแต่ก็ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการได้โดยตรงจากนักกายภาพบำบัดโดยตรง จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งบางรายมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเดินล้มจนทำให้กระดูกหักและไม่สามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ หรือบางรายกระดูกไม่หักแต่ก็ความกลัวที่จะเดินที่จะทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองจนทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในที่สุด

โรงพยาบาลบางละมุงเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิตั้งปี 2564-2566 โรงพยาบาลบางละมุงมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการ 326, 675 และ 721 รายตามลำดับ จากการเก็บข้อมูลการให้บริการการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดหลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียง ร้อยละ 40.3 เท่านั้นที่สามารถมารับบริการการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลได้ และจะเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูระยะกลาง (Golden Period) เท่านั้น เนื่องจากอัตราการผู้รับบริการมีมากหรือสาเหตุจากข้อจำกัดส่วนตัว เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความยากลำบากในการเดินทาง หรืออื่นๆ เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะการฟื้นฟูตัว (Golden Period) ก็ไม่สามารถนัดมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ ทำให้เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเรื้อรังผู้ป่วยต้องดูแลและฝึกกายภาพบำบัดด้วยตนเองที่บ้านตามที่นักกายภาพบำบัดให้โปรแกรมไป ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามขาดการกระตุ้นในการที่จะดูแลตนเองเพื่อคงสภาพความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ บางรายก็เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขาดการฝึกฝน เช่น ข้อติด แผลกดทับ บางรายอาจร้ายแรงกว่านั้นคือเกิดการหกล้มจนทำให้กระดูกหักได้ งานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลบางละมุงจึงมีแนวคิดที่จะศึกษาประสิทธิภาพของการให้บริการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดผ่านระบบการสื่อสารระยะไกล (Tele rehabilitation) เปรียบเทียบกับการมารับบริการที่โรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การบำบัดฟื้นฟูติดตามทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการให้บริการการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Stroke Rehabilitation Assessment of movement (STREAM) ในการให้บริการการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์เปรียบเทียบกับผลของ

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง
โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากที่ละใบจนครบจำนวน ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มากกว่า 6 เดือน ตามรหัสโรค I64 ที่ได้รับการส่งปรึกษางานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568 เพื่อทำการผลของการรักษาด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์กับผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูต่อระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรัง โดยจะมีการประเมินผลด้วยแบบประเมิน (Stroke Rehabilitation Assessment of movement (STREAM) คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ในสัปดาห์ที่ 1, 12 และ 24 โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบส่งปรึกษางานกายภาพบำบัด, แบบบันทึกการตรวจร่างกายระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลบางละมุง แล้วนำมาวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพในการรักษา ซึ่งจะเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังในอนาคต

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มากกว่า 6 เดือน ตามรหัสโรค I64 ที่ได้รับการส่งปรึกษางานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567 ถึง 31 มกราคม 2568 จำนวน 28 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มากกว่า 6 เดือน ตามรหัสโรค I64
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษางานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง
3. ผู้ป่วยรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567 ถึง 31 มกราคม 2568

4. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้
5. ผู้ป่วยมีโทรศัพท์หรือโน้ตบุ๊กที่สามารถโทรแบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ได้
6. ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับมาเป็นซ้ำ (recurrent stroke)
2. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้
3. ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และมากกว่า 70 ปี
4. ผู้ป่วยทางจิตเวช หรือมีภาวะแทรกซ้อน
5. ผู้ป่วยที่มีอาการแย่งในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย
6. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น

จนจำหน่ายได้ (D/C) ก่อนที่จะจบโปรแกรมการรักษา

เกณฑ์ให้อาสาสมัครวิจัยเลิกจากการศึกษา (withdrawal of participant criteria)

1. ผู้ป่วยที่ขาดการ (follow up) การรักษาภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น จนจำหน่ายได้ (D/C) ก่อนที่จะจบโปรแกรมการรักษา
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการรักษาได้ ตามที่ผู้รักษากำหนด
3. ผู้ป่วยมีอาการแย่งจากการรักษาและมีความประสงค์อยากออกจากการศึกษากลางคัน

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (termination of study)

ผู้ป่วยได้รับผลกระทบร้ายแรงจากโปรแกรมการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- | | |
|--|--------------|
| 1. แบบเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร | จำนวน 28 ชุด |
| 2. แบบหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ | จำนวน 28 ชุด |
| 3. แบบฟอร์มเก็บข้อมูลและคัดกรองอาสาสมัคร | จำนวน 28 ชุด |
| 4. แบบบันทึกการตรวจร่างกายทางระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลบางละมุง | จำนวน 28 ชุด |

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา โดยนักกายภาพบำบัด ตามข้อกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ โดยแจ้งวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งขั้นตอนต่างๆและวิธีปฏิบัติตนของอาสาสมัครในขณะที่ทำการศึกษา อธิบายผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นกับอาสาสมัคร หากอาสาสมัครมีความสนใจและยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษา จึงจะให้อาสาสมัครเซ็นหนังสือยินยอมใบแบบฟอร์มหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว แล้วจึงจะดำเนินการศึกษาต่อไป
3. ประเมินผลด้วยแบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Stroke Rehabilitation Assessment of movement (STREAM)คะแนนเต็ม 100 คะแนน)ก่อนทำการศึกษา หลังจากนั้นบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม
4. แบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มอย่างง่าย ตามลำดับ
 - 4.1 กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง (Intervention group)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์
 - 4.2 กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม (Control group)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู
5. นัดผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 24 visits ในระยะเวลา 6 เดือน ทั้งสองกลุ่ม
6. ประเมินผลด้วยแบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Stroke Rehabilitation Assessment of movement (STREAM)คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ในสัปดาห์ที่ 1 และ 24 หลังจากนั้นบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม
7. รวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปผลการศึกษา

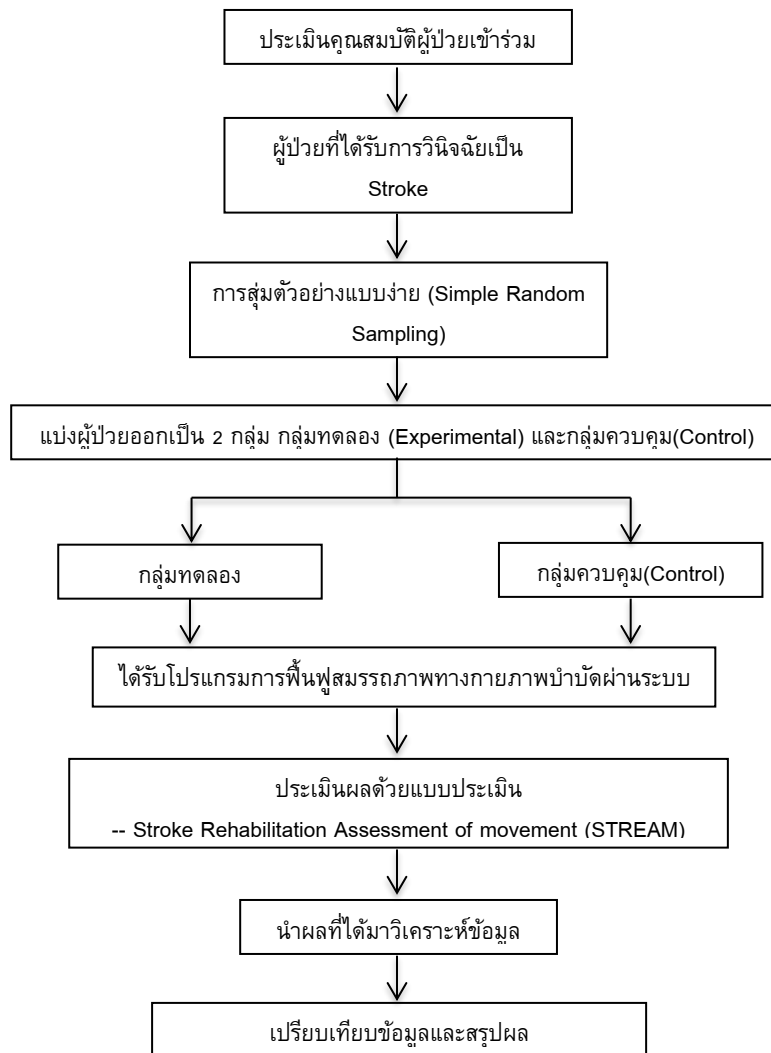
การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง สำหรับการทำวิจัย ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญถึงจริยธรรมเป็นอย่างยิ่ง โดยข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยทุกคนจะได้รับการเก็บอย่างมิดชิด แต่ข้อมูลนี้อาจถูกเปิดเผยต่อสาธารณะเพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่ระบุชื่ออาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test
2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลของการได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ที่ระดับนัยสำคัญ $P < 0.05$
3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลต่างระหว่างโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ กับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ที่ระดับนัยสำคัญ $P < 0.05$

Study Flow



จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี เอกสารรับรองเลขที่ CBO Rec 67-068 ลงวันที่ 27 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

จากการทดลองเพื่อศึกษาผลของการรักษาด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์กับผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูโดยใช้

แบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Stroke Rehabilitation Assessment of movement (STREAM)คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรัง ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567 ถึง 31 มกราคม 2568 จำนวน 28 ราย โดยประเมินจากข้อมูลแบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว(Stroke Rehabilitation Assessment of movement (STREAM)คะแนนเต็ม 100 คะแนน) และแบบบันทึกร่างกายระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลบางละมุง และนำมาวิเคราะห์ผลทางสถิติ ทั้งเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิงด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics version.26 โดยใช้ระดับนัยสำคัญที่ $P < 0.05$ ซึ่งข้อมูลที่ได้ มีดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรัง (Stroke) จำแนกตามเพศ อายุ โดยรายงานการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) แลพส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

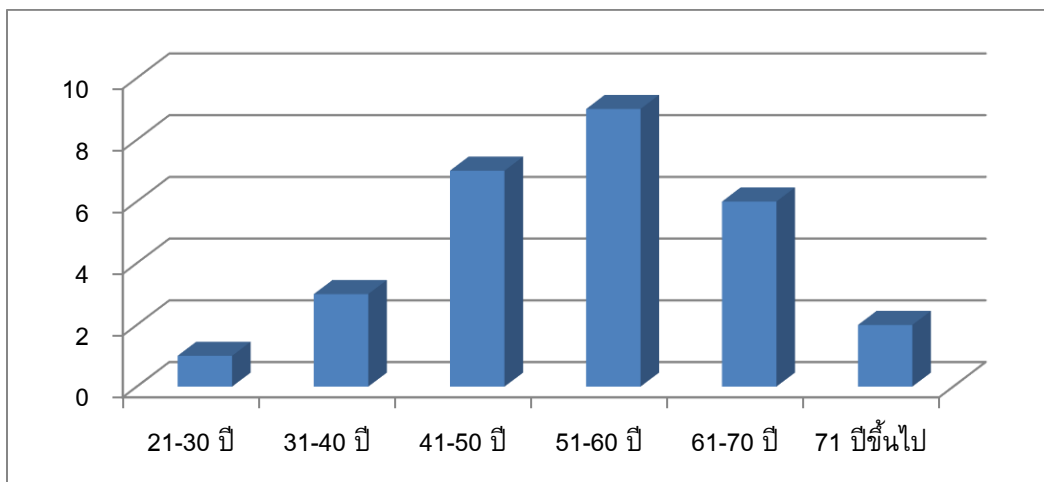
ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนทั้งหมด (คน)	ร้อยละ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
- ชาย	17	60.71	9	64.29	9	64.29
- หญิง	11	39.29	5	35.71	5	35.71
รวม	28	100	14	100	14	100
สีที่อ่อนแรง						
- ซ้าย	11	39.29	8	57.14	11	78.57
- ขวา	17	60.71	6	42.86	3	21.43
รวม	28	100	14	100	14	100
อายุ						
- 21-30 ปี	1	3.57	1	7.14	0	0
- 31-40 ปี	3	10.71	3	21.43	0	0
- 41-50 ปี	7	25	4	28.57	3	21.43
- 51-60 ปี	9	32.14	2	14.29	7	50
- 61-70 ปี	6	21.43	3	21.43	3	21.43
- 71 ปีขึ้นไป	2	7.15	1	7.14	1	7.14
รวม	28	100	14	100	14	100
อายุเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(ปี)	54.93±11.92		50.79±11.79		59.07±10.90	

หมายเหตุ

กลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู

กลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอร์เรนซ์

จากตารางที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนาพบว่า มีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกทั้งสิ้น 28 ราย เป็นเพศชาย 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.71 เป็นเพศหญิง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.29 ผู้ป่วยอ่อนแรงแขนขาซ้าย 11 คน คิดเป็นร้อยละ 39.29 ผู้ป่วยอ่อนแรงแขนขาขวา 17 คน คิดเป็นร้อยละ 60.71 มีอายุระหว่าง 30 - 82 ปี อายุเฉลี่ย 54.93 ± 11.92 ปี โดยในกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 50.79 ± 11.79 ปี กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 59.07 ± 10.90 ปี



แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก จำแนกตามช่วงอายุ

ตารางที่ 2 แสดงผลคะแนนจากแบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Stroke Rehabilitation Assessment of movement (STREAM) คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ของค่า Upper extremity , Lower extremity และ Basic mobility

	Upper extremity Mean ± SD	Lower extremity Mean ± SD	Basic mobility Mean ± SD
1. กลุ่มควบคุม			
สัปดาห์ที่ 1	5.64 ± 4.78	5.86 ± 3.23	7.14 ± 5.23
สัปดาห์ที่ 24	12.43 ± 4.83	11.64 ± 2.92	15.14 ± 7.17
1. กลุ่มทดลอง			
สัปดาห์ที่ 1	4 ± 5.05	6.57 ± 3.72	8.36 ± 4.91
สัปดาห์ที่ 24	9.64 ± 7.16	12.64 ± 4.50	16.79 ± 7.33

หมายเหตุ

กลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู
 กลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนของค่า Upper extremity , Lower extremity และ Basic mobility ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู และโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ มีค่าเพิ่มมากขึ้น แปลว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรังมีความสามารถในการเคลื่อนไหวดีขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 24 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (P>0.05)

	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Sig.
Upper extremity	14	7.5	105	-3.304	.001
Lower extremity	14	7.5	105	-3.301	.001
Basic mobility	14	7.5	105	-3.300	.001

จากตารางที่ 3 พบว่าการเปรียบเทียบผลต่างก่อนและหลังการรักษา ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู มีความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลผลการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 24 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ($P > 0.05$)

	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Sig.
Upper extremity	14	7.5	105	-3.302	.001
Lower extremity	14	7.5	105	-3.305	.001
Basic mobility	14	6.5	78	-3.069	.002

จากตารางที่ 4 พบว่าการเปรียบเทียบผลต่างก่อนและหลังการรักษา ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ มีความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนของแบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Stroke Rehabilitation Assessment of movement) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ ก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ($P > 0.05$)

Group		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Upper extremity	กลุ่มควบคุม	14	16.07	225.00	76.000	-1.036	.329 ^b
	กลุ่มทดลอง	14	12.93	181.00			
Lower extremity	กลุ่มควบคุม	14	13.46	188.50	83.500	-.671	.511 ^b
	กลุ่มทดลอง	14	15.54	217.50			
Basic mobility	กลุ่มควบคุม	14	13.36	187.00	82.000	-.749	.482 ^b
	กลุ่มทดลอง	14	15.64	219.00			

จากตารางที่ 5 พบว่า การเปรียบเทียบของคะแนนก่อนการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $P>0.05$

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนของแบบประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Stroke Rehabilitation Assessment of movement) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ($P>0.05$)

Group		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Upper extremity	กลุ่มควบคุม	14	16.54	231.50	69.500	-1.314	.194 ^b
	กลุ่มทดลอง	14	12.46	174.50			
Lower extremity	กลุ่มควบคุม	14	14.64	205.00	96.000	-.097	.946 ^b
	กลุ่มทดลอง	14	14.36	201.00			
Basic mobility	กลุ่มควบคุม	14	12.82	179.50	74.500	-.802	.430 ^b
	กลุ่มทดลอง	13	15.27	198.50			

จากตารางที่ 6 พบว่า การเปรียบเทียบของคะแนนหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $P>0.05$

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้ เพื่อทำการศึกษาผลของการรักษาด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์เปรียบเทียบกับผลของการรักษาด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู ต่อระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรัง โดยมีผู้ป่วยที่ผ่านเข้าเกณฑ์คัดเลือกเข้าทั้งหมด 28 คน (เพศชาย 17 คน เพศหญิง 11 คน) อายุระหว่าง 30 – 82 ปี เฉลี่ย 54.93 ± 11.92 ปี ผู้ป่วยอ่อนแรงแขนขาซีกซ้าย 11 คน ผู้ป่วยอ่อนแรงแขนขาซีกขวา 17 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู จำนวน 14 คน (เพศชาย 9

คน ,เพศหญิง 5 คน,อายุเฉลี่ย 50.79 ± 11.79 ปี) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ จำนวน 14 คน (เพศชาย 9 คน ,เพศหญิง 5 คน,อายุเฉลี่ย 59.07 ± 10.90 ปี) โดยได้รับการรักษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน รวม 24 visits โดยประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว (Stroke Rehabilitation Assessment of movement (STREAM)คะแนนเต็ม 100 คะแนน) สัปดาห์ที่ 1 ,12 และ 24 และนำข้อมูลของสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 24 มาวิเคราะห์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์และโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู มีความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาของทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งการให้บริการโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรังมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนท่าบริหารทางกายภาพบำบัดหรือท่าออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ในระยะยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเช่น การหกล้ม ข้อยึดติด หรือรูปแบบการเดินที่ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นูรุลฮูดาและคนอื่นๆ (2567) และงานวิจัยของ Khan et al. (2020) พบว่าภายหลังการฟื้นฟูทางไกลด้วยวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ สื่อสารผ่านวิดีโอคอล ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น มีความแข็งแรงและความคล่องตัวที่เพิ่มมากขึ้น แม้จะอยู่ต่างสถานที่กันแต่ก็ให้ความรู้สึกเหมือนกับให้การฟื้นฟูแบบตัวต่อตัว

จากการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ในสัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู มีค่าเฉลี่ยของค่าคะแนน Upper extremity 5.64 , Lower extremity 5.86 , Basic mobility 7.14 และหลังจากผู้ป่วยเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟูในสัปดาห์ที่ 24 มีค่าเฉลี่ยของค่าคะแนน Upper extremity 12.43 , Lower extremity 11.64 , Basic mobility 15.14 และในสัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ มีค่าเฉลี่ยของค่าคะแนน Upper extremity 4 , Lower extremity 6.57 , Basic mobility 8.36 และหลังจากผู้ป่วยเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ ในสัปดาห์ที่ 24 มีค่าเฉลี่ยของค่าคะแนน Upper extremity 9.64 , Lower extremity 12.64 , Basic mobility 16.79 ซึ่งอาจหมายความว่าหากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพระยะฟื้นฟูระยะเรื้อรัง ก็ยังมีส่วนทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้นทั้งทางด้าน Upper extremity, Lower extremity และ Basic mobility และค่าคะแนนจากแบบประเมินความสามารถในการ

เคลื่อนไหว (Stroke Rehabilitation Assessment of movement (STREAM)คะแนนเต็ม 100 คะแนน) มีค่าเพิ่มมากขึ้นในสัปดาห์สุดท้ายหลังเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด ซึ่งอาจหมายถึงประสิทธิภาพในการรักษาของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดจะมีมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม เมื่อนำข้อมูลของผลการรักษาด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดคลินิกเวชกรรมฟื้นฟู และผลการรักษาด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ มาเปรียบเทียบกันพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ นั่นหมายความว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดคลินิกเวชกรรมฟื้นฟูและโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ให้ผลการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้ดีใกล้เคียงกัน ดังนั้นการนำไปใช้จึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของนักกายภาพบำบัดและความพร้อมของเครื่องมือที่มี เนื่องจากการนำใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารมาใช้ อาจเป็นอุปสรรคสำหรับผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจ หรือขาดแคลน แต่สามารถจัดการได้ด้วยการสนับสนุนทางเทคโนโลยีที่เหมาะสม

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ เพื่อทำการศึกษาผลของการเปรียบเทียบของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์กับผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู พบว่าการรักษาของทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการรักษาระหว่างกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

การรักษาในช่วง 4 สัปดาห์แรก อาจต้องมีการนัดผู้ป่วยเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด เพื่อผู้ป่วยจะได้ถูกเน้นย้ำให้เข้าใจและตระหนักถึงผลของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาได้ดียิ่งขึ้น และงานวิจัยนี้มีขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก การศึกษาในอนาคตอาจศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น มีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อทราบถึงผลการคงอยู่ อาจให้ผลลัพธ์ที่แม่นยำและน่าเชื่อถือมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีตัวแปรอื่นๆที่น่าสนใจ เช่น การเลือกชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง การเลือกความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นซ้ำ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถนำมาต่อยอดงานวิจัยต่อไปได้

ข้อจำกัดการวิจัย ปัญหาและอุปสรรค

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ การเข้าถึงเทคโนโลยี ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์หรืออินเทอร์เน็ตที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูทางไกลได้ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่คุ้นเคยหรือไม่สะดวกในการใช้เทคโนโลยี ทำให้มีความลังเลในการเข้าร่วมการรักษา และการสื่อสารผ่านจออาจทำให้การสังเกตอาการหรือการให้คำแนะนำไม่เหมือนการฝึกกับนักกายภาพบำบัดแบบตัวต่อตัว อีกทั้งการตั้งมาตรฐานในการบริการฟื้นฟูทางไกลยังไม่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในคุณภาพการรักษา และการประเมินผลการฟื้นฟูทางไกลผ่านระบบวิดีโอคอนเฟอเรนซ์อาจซับซ้อนและจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการใหม่ โดยแนวทางการฟื้นฟูอาจต้องปรับให้เข้ากับบริบททางวัฒนธรรมของผู้ป่วยในแต่ละคน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการศึกษาที่ได้รับ และจะยังสามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาสำหรับปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์.//(2567).//กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา

ระบบประสาท.//สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2567./จาก/

<https://nms.nmd.go.th/wp-content/uploads/2022/05/บทที่-13-FINAL-ระบบประสาท-นรจ.-ใช้ในปีการศึกษา-65.pdf>

สถาบันประสาทวิทยา ;และคนอื่นๆ.//(2559).//แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.//พิมพ์ครั้งที่ 3.//กรุงเทพฯ:/บริษัท ธนาเพรส จำกัด

สมพร;/และคนอื่นๆ.//(2559).//ความน่าเชื่อถือภายในและระหว่างผู้ประเมิน ในการใช้แบบประเมิน Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM).//ปริญญาณิพนธ์/ (สาขาวิชา).//เมืองที่พิมพ์:/บัณฑิตวิทยาลัย/เชียงใหม่.// อัดส าเนาหรือถ่ายเอกสาร.

สมพร;/และคนอื่นๆ.//(2560,/มกราคม).//ความน่าเชื่อถือภายในและระหว่างผู้ประเมิน ในการใช้แบบประเมิน Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM).//Journal of Associated Medical Sciences.//50(1): 71-86.//สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2567./จาก/ file:///C:/Users/HP/Downloads/10.14456jams.2017.7.pdf

Khan, F., Amatya, B., & Colle, D. (2020). *Telerehabilitation for chronic stroke: A review of effectiveness and implementation*. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 29(4),



104527. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104527>

López, M., Sáez, M., & Rodríguez, J. (2019). *Comparative effectiveness of telerehabilitation versus traditional rehabilitation for chronic stroke patients: A meta-analysis*. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 33(5), 381-391. <https://doi.org/10.1177/1545968319841122>

Wang, J., Xie, H., & Liu, Y. (2021). *Quality of life improvement through telerehabilitation in chronic stroke patients: A systematic review*. *International Journal of Stroke*, 16(3), 300-312. <https://doi.org/10.1177/1747493020976896>

Schäfer, S., Weber, M., & Braun, B. (2021). *Patient satisfaction with telerehabilitation services for chronic stroke: An observational study*. *Telemedicine and e-Health*, 27(9), 927-933. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0331>

Brouwer, B., van der Wees, P. J., & de Wit, G. (2023). *Engagement and adherence in telerehabilitation programs for chronic stroke: A review of patient experiences*. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 60(2), 123-137. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2022.10.0214>

Chen, J., Wang, Y., & Zhang, L. (2022). *Cost-effectiveness of telerehabilitation in chronic stroke management: A systematic review*. *Health Economics Review*, 12(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13561-022-00307-w>



ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

ณัฐชา ไพบุลย์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย จำนวน 11 คน และผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน จำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินตามแนวคิดของ Gilboy และ Australian Government เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และสถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ภายหลังจากการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.009$)

ทั้งนี้ ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช นำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินไปประยุกต์ใช้ เพื่อลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน, การคัดกรองผู้ป่วย, งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน, ระยะเวลารอคอย, บทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศิริราช, E-mail : natchaph413@gmail.com



Effectiveness of Using an Emergency Severity Index Screening Model for Patients in the Emergency and Forensic Medicine Department at KiriMat Hospital, Sukhothai Province.

Natcha Phaiboon ¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of using an emergency severity index screening model for patients in the Emergency and Forensic Medicine Department at KiriMat Hospital, Sukhothai Province. The sample consisted of 11 professional nurses who performed patient triage and 150 patients who used services at the Emergency and Forensic Medicine Department at KiriMat Hospital, Sukhothai Province. The experimental tool was a patient screening model using emergency severity index that classified patients based on the emergency severity index according to Gilboy's concept and the Australian Government. Data collection instruments included a patient waiting time record form and a questionnaire on the independent nursing role performance of professional nurses. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, and Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that after implementing the emergency severity index screening model, the average waiting time of patients was significantly better than before using the screening model ($p=0.001$). After implementing the emergency severity index screening model, the average score of independent nursing role performance was significantly better than before using the screening model ($p=0.009$).

Therefore, professional nurses in the Emergency and Forensic Medicine Department should be encouraged to apply the emergency severity index screening model to reduce waiting time and increase efficiency in prioritizing patient urgency.

Keyword : Emergency Severity Index, Patient Triage, Emergency Department, Waiting Time ,Independent Nursing Role

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, KiriMat Hospital Hospital, E-mail : natchaph413@gmail.com

บทนำ

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department, ED) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพ เนื่องจากเป็นหน่วยงานด่านหน้าของโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยอาการต่างๆ (ทัศนีย์ ภาควิชาเวชปฏิบัติ และคณะ, 2562) จากข้อมูลสำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2561 พบจำนวนผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินประมาณ 35 ล้านครั้งต่อปี (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และมีแนวโน้มการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และบางช่วงเวลาห้องฉุกเฉินจะมีผู้ป่วยมารับบริการพร้อมกันจำนวนมาก ทำให้เพิ่มระยะเวลาการรอคอยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนเข้าถึงบริการล่าช้า (Fathoni et al., 2013)

การคัดแยกผู้ป่วยมีความสำคัญ โดยมีส่วนช่วยให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถช่วยลดระยะเวลาการรอคอยในการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งการคัดแยกจะต้องมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความเร่งด่วนที่เหมาะสม (Gilboy et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรภรณ์ โต๊ะทอง (2565) พบว่า ระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนน้อย จะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความ และลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บป่วยทั่วไปน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และการศึกษาของสุคนธ์จิต อุปนนชัย และอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2560) ทำการคัดกรองผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท ได้แก่ วิกฤต เจ็บป่วยรุนแรง เจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และเจ็บป่วยทั่วไป พบว่า ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยวิกฤตไม่แตกต่างกับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย แต่ผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ใช้เวลาการรอคอยแพทย์ตรวจน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 10.51, p < 0.01$) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการใช้ระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการไม่ฉุกเฉินรอเข้ารับการรักษา นานกว่าที่ควรจะเป็น ผู้ป่วยถูกคัดกรองให้อยู่ในกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น ก่อนได้รับการรักษา ผู้ป่วยจึงเสียชีวิต และพยาบาลขาดความมั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วย รวมถึงพบว่า ร้อยละความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยในปี 2566 และปี 2567 คิดเป็นร้อยละ 98.86 และ 97.10 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงปัญหาในการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และได้มีการนำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy

(Gilboy et al., 2011) และ Australian Government (Australian Government, 2019) โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) 2) ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) 3) ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) และ 5) ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) (รัฐพงษ์บุริวงศ์, 2561) มาปรับใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้ทำให้มีรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินที่สามารถใช้ในการประเมินและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย
2. ภายหลังจากใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ทำการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรอง จำนวน 11 คน และได้ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ในเดือนตุลาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 และผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย โดยเลือกจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 แบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท ลำดับละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 150 ราย

ขอบเขตด้านระยะเวลา

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

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

1. ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate)
2. ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency)
3. ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency)
4. ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency)
5. ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency)

ตัวแปรตาม

- ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย
- การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้วนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ทำการศึกษากลุ่มเดียว วัดผลก่อนหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 11 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรอง จำนวน 11 คน และได้ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย ในเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2567

2) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย โดยเลือกจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567 แบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท ลำดับละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 150 ราย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรอง จำนวน 11 คน และได้ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย ในเดือนตุลาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 และผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย โดยเลือกจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 แบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท ลำดับละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 150 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย ในเดือนตุลาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568
2. มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 5 ปี
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ย้ายแผนก หรือไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย
2. ขอลอนตัวออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน จำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินตามแนวคิดของ Gilboy (Gilboy et al., 2011) และ Australian Government (Australian Government, 2019) กำหนดประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท คือ 1) ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) 2) ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) 3) ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) และ 5) ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) โดยแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย แบ่งเป็น 4 ชั้น ประกอบด้วย 1) ประเมินว่าผู้ป่วยต้องช่วยชีวิตทันที หรือมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือไม่ ถ้ามีจัดเป็นผู้ป่วยประเภทวิกฤต (Resuscitation) จำเป็นต้องช่วยเหลือเป็นลำดับแรก เช่น ไม่หายใจ ไม่มีชีพจร มีภาวะช็อก 2) หากไม่มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยประเภทวิกฤต ให้ประเมินภาวะเสี่ยง ถ้าหากซึมลงเมื่อเทียบกับระดับความรู้สึกตัวเดิม อาการปวดมากกว่า 7 คะแนน จัดเป็นผู้ป่วยประเภทเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการตรวจเป็นลำดับถัดมาจากผู้ป่วยวิกฤต 3) ประเมินหัตถการที่คิดว่าจะเกิดขึ้นในห้องฉุกเฉิน โดยหากมีหัตถการในห้องฉุกเฉินมากกว่า 1 อย่างจัดเป็นผู้ป่วยประเภทเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) มีหัตถการในห้องฉุกเฉินเพียง 1 อย่าง จัดเป็นผู้ป่วยประเภทเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) และไม่มีหัตถการในห้องฉุกเฉินจัดเป็นผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) และในกลุ่มที่คิดว่ามีหัตถการในห้องฉุกเฉินมากกว่า 1 อย่าง ให้พิจารณาในขั้นที่ 4 ต่อไป 4) พิจารณา vital signs ให้พิจารณาว่าผู้ป่วยมี vital signs ที่บ่งบอกภาวะอันตรายหรือไม่ ถ้ามีให้จัดเป็นผู้ป่วยประเภทเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) แต่ถ้าอยู่ในเกณฑ์ปกติให้จัดเป็นผู้ป่วยประเภทเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) เหมือนเดิม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย และการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2.2 แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ประกอบด้วย ประเภทของผู้ป่วย เวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการ และเวลาที่ผู้ป่วยได้พบแพทย์ จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2.3. แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Maas และ Jacox (Maas & Jacox, 2012) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และบทบาทผู้ประสานงาน จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มี 5 ระดับคะแนน คือ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) และแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์การแบ่งระดับการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1971) เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพระดับต่ำ, ร้อยละ 60 - 79.99 หมายถึง การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพระดับปานกลาง และมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ประกอบด้วย แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลชำนาญการพิเศษด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตรวจสอบเนื้อหา เพื่อเสนอแนะความครอบคลุมเนื้อหาตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้ว มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item - Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC มากกว่า 0.50 ทุกเครื่องมือและผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะแต่ละเครื่องมือ หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลนำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดสอบที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย พบว่า แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ มีค่า Cronbach's Alpha คือ 0.78 และ 0.82 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย เพื่อการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย และใช้เครื่องมือวิจัยในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย ขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ คัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย และประชุมชี้แจง โครงการวิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูลวิจัย

4. เก็บข้อมูลก่อนใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินลงในแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

- มีการให้ความรู้เรื่องแนวคิดพื้นฐานของรูปแบบการคัดกรอง 5 ระดับ ตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยแพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้รับความรู้ และความเข้าใจในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง และใช้สื่อ power point ในการบรรยาย

- ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มร่วมกับแพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในการปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรคที่พบ และข้อเสนอแนะ และภายหลังการสนทนากลุ่มผู้วิจัยสรุปเครื่องมือรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

6. พยาบาลวิชาชีพทำการคัดกรองโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย ในเดือนตุลาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568

7. เก็บข้อมูลหลังใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินลงในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย การฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วย นำเสนอเป็นความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 30 ราย ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.61/2024 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.69/2024 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 4 กันยายน 2567

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=11)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	27.3
หญิง	8	72.7
อายุ, \bar{X} (SD), ปี	39.36 (8.77)	
ประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, \bar{X} (SD), ปี	9.36 (5.07)	
ประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่พยาบาลคัดกรอง, \bar{X} (SD), ปี	9.09 (4.99)	
การฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วย		
ไม่เคย	9	81.8
หลักสูตรอบรมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต	0	0
หลักสูตรเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	0	0
อื่นๆ	2	18.2

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 72.7 มีอายุเฉลี่ย 39.36 ± 8.77 ปี มีประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 9.36 ± 5.07 ปี มีประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่พยาบาลคัดกรองเฉลี่ย 9.09 ± 4.99 ปี และมีเพียงร้อยละ 18.2 ที่ได้รับการอบรมการคัดกรองผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยแต่ละประเภท หลังใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

ผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ในเดือนตุลาคม 2567- กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 150 คน แบ่งประเภทความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ วิกฤต เจ็บป่วยรุนแรง เจ็บป่วยปานกลาง เจ็บป่วยเล็กน้อย และเจ็บป่วยทั่วไป ผลการวิจัย แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย หลังใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

ประเภทความรุนแรง	n	เกณฑ์มาตรฐาน (นาที)	ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ				t	p-value
			Min	Max	\bar{x}	SD		
1. ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation)	30	0	0	3	0.03	0.83	1.35	0.100
2. ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency)	30	5-15	0	9	3.48	3.90	5.16	<0.001*
3. ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency)	30	30-60	3	30	12.40	8.60	9.10	<0.001*
4. ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency)	30	120-180	4	80	32.48	28.85	12.11	<0.001*
5. ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency)	30	180ขึ้นไป	4	90	50.15	21.47	14.19	<0.001*
รวม	150				19.71	12.73	8.38	

*P<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยหลังใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยเป็น 19.71 ± 12.73 นาที เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน MOPH ED. Triage พบว่ากลุ่มผู้ป่วยวิกฤตมีระยะเวลารอคอยไม่แตกต่างจากเกณฑ์มาตรฐาน ในส่วนผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยทั่วไป มีระยะรอคอยดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

การปฏิบัติบทบาทอิสระของ พยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง (n=11)		หลังทดลอง (n=11)		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
บทบาทผู้ดูแล	38.55	6.80	44.64	3.70	2.804	0.019*
บทบาทผู้แนะนำและให้ คำปรึกษาด้านสุขภาพ	18.36	3.32	22.09	2.30	4.211	0.002*
บทบาทผู้ประสานงาน	19.91	3.86	22.82	2.09	2.708	0.022*
โดยรวม	76.82	13.45	89.55	7.74	3.226	0.009*

*P<0.05

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินโดยรวมเป็น 76.82 ± 13.45 และ 89.55 ± 7.74 ตามลำดับ ซึ่งหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยค่าเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.009$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยค่าเฉลี่ยการปฏิบัติทั้งในบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และบทบาทผู้ประสานงานสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

2. อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินกับค่ามาตรฐานตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน MOPH ED. Triage พบว่ากลุ่มผู้ป่วยวิกฤตมีระยะเวลารอคอยเท่ากับเกณฑ์มาตรฐาน (0 นาที) ในส่วนผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยทั่วไป มีระยะรอคอยดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) กล่าวได้คือการที่พบวาระยะเวลารอคอยในทุกกลุ่มผู้ป่วยดีกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์มาตรฐานนั้น อาจเป็นผลมาจากหลายปัจจัย ดังนี้ ประการแรก การใช้ดัชนี

ความรุนแรงฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ช่วยให้บุคลากรสามารถประเมินและจำแนกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ (Kantawang et al., 2021) ประการที่สอง อาจเกิดจากการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการใช้เครื่องมือคัดกรอง การฝึกอบรมและการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองผู้ป่วย (Ekins & Morphet, 2015) สอดคล้องกับงานวิจัยของสุมาลี จักรไพศาลและคณะ (2564) ศึกษาผลของการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสระบุรีต่อความสอดคล้องของการจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี พบว่า ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยแต่ละประเภทหลังการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และสอดคล้องกับงานวิจัยของชนิดาภา ไกรธนสอน (2565) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะรอคอยของผู้ป่วยและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน พบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย ส่วนระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไปน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยค่าเฉลี่ยการปฏิบัติทั้งในบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และบทบาทผู้ประสานงานสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของคะแนนการปฏิบัติบทบาทอิสระในด้านบทบาทผู้ดูแลอาจเป็นผลมาจากการที่ระบบการคัดกรองช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบและมีหลักการมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Wolf et al. (2018) ที่พบว่าการใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีมาตรฐานช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับพยาบาลในการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติบทบาทผู้ดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การที่ระบบคัดกรองช่วยจำแนกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงได้อย่างชัดเจน ยังช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย (Johnson et al., 2019) สอดคล้องกับงานวิจัยของสุมาลี จักรไพศาลและคณะ (2564) ศึกษาผลของการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสระบุรีต่อความสอดคล้องของการจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงาน

อุบัติเหตุดุกเหิน โรงพยาบาลสระบุรี พบว่า หลังการใช้รูปแบบส่งผลให้ลักษณะงาน ความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของชนิดาภา ไกรธนสอน (2565) ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงดุกเหินต่อระยะรอคอยของผู้ป่วยและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุและดุกเหิน โรงพยาบาลลำพูน พบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้ดัชนีความรุนแรงดุกเหินหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามบทบาทอิสระที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุดุกเหินและนิติเวชของโรงพยาบาลศิริมาศและโรงพยาบาลอื่นๆ นำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงดุกเหินไปประยุกต์ใช้ เพื่อลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย
2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรกำหนดนโยบายส่งเสริมการใช้ดัชนีความรุนแรงดุกเหินในการคัดกรองผู้ป่วย พร้อมทั้งสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
3. ควรจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้ดัชนีความรุนแรงดุกเหินแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุดุกเหินและนิติเวช เพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วย
4. ควรพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการใช้ดัชนีความรุนแรงดุกเหินอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการคัดกรองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงดุกเหินในบริบทของโรงพยาบาลขนาดต่างๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน

2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินในการคัดกรองผู้ป่วย เช่น ปัจจัยด้านบุคลากร ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ หรือด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย ต่อการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินในการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. ควรศึกษาผลของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้กับการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและความแม่นยำในการคัดกรอง

เอกสารอ้างอิง

กรมการพยาบาล. (2563). *แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินสำหรับพยาบาลวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการพยาบาล.

คณะกรรมการการพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2562). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.

ชฎาภรณ์ เปรมปรามอมร และณัฐนันท์ มาลา สุมาลี จักรไพศาล. (2564). *ผลของการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสระบุรีต่อความสอดคล้องของการจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ระยะเวลาการรอคอยแพทย์ตรวจ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี*. เข้าถึงได้จาก

<http://www.emit.go.th/main/business/KnowledgeBase.aspx?cat=23>

ชนิดาภา ไกรชนสอน. (2565). *การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะรอคอยของผู้ป่วยและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน*. *Journal of the Phrae Hospital*, 30(1), 69-81.

ทัศนีย์ ภาควิชาวิวินิจฉัย และคณะ. (2562). *การจัดการระบบบริการแผนกฉุกเฉิน*. นครปฐม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทัศนีย์ ภาควิชาวิวินิจฉัย และคณะ. (2562). *การดูแลผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทวัน บัวแก้ว. (2561). *การศึกษาการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. *วารสารการพยาบาล*, 30(1), 45-60.

- รัฐพงษ์ บุรีวงศ์. (2561). *แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน*. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วรารณณ์ สุขเกษม. (2560). การใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่าในการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. . *วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*, 22(2), 112-125.
- วัชรารณณ์ โต้ะทอง. (2565). ผลของระบบการคัดแยกผู้ป่วยต่อประสิทธิภาพการให้บริการในห้องฉุกเฉิน. . *วารสารการพยาบาลฉุกเฉิน*, 29(3), 45-60.
- สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานสถิติการให้บริการห้องฉุกเฉิน ปี 2561*. . นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติบริการห้องฉุกเฉินปี 2561*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนทรจิต อุปนันชัย และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2560). การคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: การศึกษาเชิงทดลอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(1), 112-128.
- สุภาภรณ์ ทองดี. (2564). การประเมินระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศไทย. *วารสารการวิจัยระบบบริการสุขภาพ*, 15(3), 98-112.
- Australian Government. (2019). *Emergency triage education kit (E TEK)*. เข้าถึงได้จาก <https://www.health.gov.au/>
- Australian Government. (2019). *The Australian triage process: Ensuring efficiency in emergency services*. Australian Department of Health.
- Bloom. (1971). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.
- Ekins K., & Morphet, J. (2015). The accuracy and consistency of rural, remote and outpost triage nurse decision making in one Western Australia Country Health Service Region. . *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(4), 227-233.
- Fathoni M., Sangchan, H., & Sopajaree, C. (2013). Emergency department overcrowding and its impact on patient care. . *Journal of Emergency Medicine*, 45(2), 123-130.
- Gilboy N., Tanabe, T., Travers, D. A., & Rosenau, A. M. (2011). *Emergency severity index (ESI): A triage tool for emergency department care, version 4*. Agency for Healthcare Research and Quality.

- Johnson K. D., Motavalli, M., Gray, D., & Kuehn, C. (2019). Causes and occurrences of interruptions during ED triage. . *Journal of Emergency Nursing, 45(3)*, 290-296.
- Kantawang S., Sirisophon, N., & Sirisophon, P.(2021). Development of emergency severity index for emergency department in Thailand. . *Journal of Health Science, 30(2)*, 256-267.
- Maas & Jaco. (2012). Guidelines for independent nursing roles in emergency care settings. . *Journal of Advanced Nursing, 68(5)*, 1023-1035.
- Polit D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.)*. Wolters Kluwer.
- Triage Nurses Association. (2019). *Emergency nursing triage guidelines: A practical approach*. Elsevier.
- Wolf L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Moon, M. D., & Carman, M. J. (2018). The experience of advanced practice nurses in US emergency care settings. *Journal of Emergency Nursing, 44(2)*, 173-179.



ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

อำนาจ สิริก¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน และกลุ่มที่โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Independent t- test และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ทั้งนี้ พยาบาลควรนำโปรแกรมฯไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถทำการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องและทันเวลา ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

คำสำคัญ: การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, การปฐมพยาบาลเบื้องต้น, ภาวะหัวใจหยุดเต้น

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย, E-mail : amnat.lee7145@gmail.com

The Effects of a Program for Developing Knowledge and Skills in Basic Life Support among Hypertensive Patients, Lan Hoi Sub-district, Ban Dan Lan Hoi District, Sukhothai Province.

Amnat Leerak¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a knowledge and skill development program on basic life support among hypertensive patients in Lan Hoi Sub-district, Ban Dan Lan Hoi District, Sukhothai Province. The sample consisted of 60 hypertensive patients, divided into two groups: 30 patients in the control group receiving usual care and 30 patients in the experimental group participating in the knowledge and skill development program on basic life support. The research instruments included the knowledge and skill development program on basic life support. Data collection tools consisted of a knowledge test on cardiopulmonary resuscitation and a basic life support skills assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test, and Paired t-test.

The results showed that after participating in the knowledge and skill development program on basic life support, the experimental group had significantly higher mean scores in both knowledge and skills regarding basic life support for hypertensive patients compared to before program participation and compared to the control group, with statistical significance at the 0.001 level.

Nurses should implement this program to enhance emergency response efficiency, enabling patients and caregivers to perform cardiopulmonary resuscitation correctly and promptly, thereby reducing the risk of complications from hypertension and sudden cardiac arrest.

Keyword : Basic Life Support, Hypertensive Patients, First Aid, Cardiac Arrest

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Ban Dan Lan Hoi Hospital, E-mail : amnat.lee7145@gmail.com

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac Arrest) คือ การหยุดการทำงานของหัวใจอย่างกะทันหันจนผู้ป่วยไม่ตอบสนอง ไม่มีการหายใจตามปกติ และไม่มีสัญญาณของการไหลเวียนโลหิต หากบุคคลนั้นไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว จะนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ (Kevin Patel & John E. Hipskind., 2023) ซึ่งภาวะหัวใจหยุดเต้นยังคงเป็นวิกฤตทางด้านสาธารณสุข โดยจากการรายงานสถิติในสหรัฐอเมริกาในปี 2022 พบว่า มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (out-of-hospital cardiac arrests: OHCA) มากกว่า 356,000 รายต่อปีหรือประมาณ 1,000 คนต่อวัน ซึ่งเกือบร้อยละ 90 มีการเสียชีวิต และมีอัตราการรอดชีวิตเพียงร้อยละ 10 หลังออกจากโรงพยาบาล จากภาวะหัวใจหยุดเต้น (Sudden cardiac arrest foundation, 2020) ขณะที่ในประเทศไทยยังไม่มี การเก็บสถิติของความชุกในการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน อย่างไรก็ตาม จากรายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้ป่วยฉุกเฉินที่หัวใจหยุดเต้นภายนอกโรงพยาบาล จำนวน 8,483 ราย (National Institute for Emergency Medicine, 2020) ซึ่งมีหลักฐานที่สนับสนุนว่าการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) และความก้าวหน้าในบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) สามารถช่วยชีวิตได้ (Kevin Patel, John E. Hipskind, 2023)

ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ คือ การช่วยเหลือผู้ที่หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ทำให้ผู้ป่วยกลับมาหายใจหรือมีการนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย และเกิดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะสมองกับหัวใจจนกระทั่งระบบต่างๆกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ ซึ่งเป็นการป้องกันการเสียชีวิตหรือเนื้อเยื่อได้รับความเสียหายอย่างถาวรจากการขาดออกซิเจน ซึ่งหลักการของการช่วยฟื้นคืนชีพ คือการช่วยให้เกิดการไหลเวียนของเลือดในร่างกายเพื่อป้องกันภาวะสมอง หัวใจ และเนื้อเยื่อของอวัยวะสำคัญ ขาดออกซิเจน ด้วยการกดหน้าอกและการช่วยหายใจในช่วงที่ผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอกจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ร้อยละ 3 – 5 กรณีที่ใช้เครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ หรือเครื่องเออีดี (Automated External Defibrillator: AED) ร่วมด้วยจะสามารถช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้สูงขึ้นถึงร้อยละ 45-50 (สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย, 2563) ดังนั้นการช่วยฟื้นคืนชีพ และการใช้เครื่องเออีดี จึงเป็นความรู้ขั้นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จำเป็นต้องได้รับการอบรม หรือเรียนรู้เพื่อเพิ่มโอกาสรอดของผู้ป่วยผู้บาดเจ็บ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถูกเรียกว่า "ฆาตกรเงียบ" เนื่องจากมักไม่มีอาการแสดง (กรมควบคุมโรค, 2566) ในปี 2564-2566 ประเทศไทยพบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 2,340 2,358 และ 2,395 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สำหรับเขตสุขภาพที่ 2 มีอัตราป่วย 1,938 1,970 และ 2,022 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (Health Data Center, 2566) จังหวัดสุโขทัย มีอัตรา

ป่วยในปี 2564-2566 เท่ากับ 2,340, 2,358, 2,395 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2560-2564 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราตาย 29.54, 27.11, 32.41, 31.48 และ 30.38 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สำหรับเขตสุขภาพที่ 2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 17.01, 18.42, 22.66, 22.92, 24.17 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จังหวัดสุโขทัยมีอัตราตาย เท่ากับ 198, 363 และ 245 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ในปี 2564 -2567 พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 19.10, 19.43, 19.93 และ 21.37 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2564-2567 เท่ากับ 48.78 35.59 46.96 และ 59.21 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (MI) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 75 55.5 61.5 และ 50 ตามลำดับ (Health Data Center, 2567) ทั้งนี้การฝึกทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นฉับพลัน การมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น จึงอาจช่วยเหลือตนเองหรือคนใกล้ขีดได้ในกรณีฉุกเฉิน นอกจากนี้ การฝึกอบรมยังช่วยเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การมีความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ยังช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางหัวใจ และเพิ่มความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ท้ายที่สุดผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น สามารถเป็นส่วนสำคัญในการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือฉุกเฉินในชุมชน ซึ่งจะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลได้

สำหรับตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย มีกลุ่มที่เคยอบรมช่วยฟื้นคืนชีพคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประมาณ 180 คน ซึ่งเคยผ่านการอบรมช่วยฟื้นคืนชีพ เพียงร้อยละ 69.44 ขณะที่ผู้ไม่เคยผ่านการอบรมเลย คิดเป็นร้อยละ 30.56 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการอบรมช่วยฟื้นคืนชีพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเพียงหัวข้อหนึ่งในการอบรมพัฒนาศักยภาพทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยให้ระยะเวลาการเรียนรู้เพียง 1 ชั่วโมง ซึ่งไม่สามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างเต็มที่ทั่วถึง ก่อให้เกิดความไม่มั่นใจเมื่อเผชิญสถานการณ์จริง อีกทั้งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายใหม่เข้าปฏิบัติงานทดแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายเก่าที่ลาออกไปทุกปี ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายใหม่ยังไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน และเมื่อสอบถามถึงความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพหากพบสถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชนของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยผ่านการอบรมมาแล้ว 125 คนนั้น พบว่ามีเพียง 33 ราย หรือ

คิดเป็นร้อยละ 26.40 ที่มีความมั่นใจ และมีประสบการณ์ช่วยฟื้นคืนชีพในชุมชน นอกจากนี้พบว่า จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพและกลับมาฟื้นคืนชีพและมีชีพจร (ROSC) ของโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย ในปี พ.ศ. 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 33.33, 16.66 และ 28 ตามลำดับ (โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของ โรชินี อุปรา และคณะ (2564) ที่ดำเนินการศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น โดยใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่มของมาแรม (Maram, 1978) แสดงให้เห็นว่า หลังการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าก่อนเข้ารับการพัฒนา ศักยภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผ่านการประเมินทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ร้อยละ 100 นอกจากนี้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดความมั่นใจในการที่จะให้การช่วยเหลือในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ในการศึกษาของ ขจีมาส สิ้นชั้น (2567) ที่นำแนวคิดของโคล์มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกซึ่งช่วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ดีขึ้นหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการได้รับโปรแกรม

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์โรคไม่ติดต่อในอำเภอบ้านด่านลานหอย พบว่า อำเภอบ้านด่านลานหอยมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ค่อยๆ เพิ่มขึ้น แต่ยังคงต่ำกว่าเมื่อเทียบกับระดับจังหวัดและเขตสุขภาพที่ 2 การจัดการโรคหัวใจและหลอดเลือด ในอำเภอบ้านด่านลานหอยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่การควบคุมโรคหลอดเลือดสมองยังคงต้องการการปรับปรุง แนวโน้มอัตราตายในจังหวัดสุโขทัยผันผวนเมื่อเทียบกับระดับประเทศและเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างในประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในพื้นที่ จากเหตุผลดังกล่าว การพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการขยายความรู้และทักษะเข้าสู่กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพจึงมีความจำเป็น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพและทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย เกิดการพัฒนา ศักยภาพและความรู้ นำไปสู่ความมั่นใจในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และสามารถช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ อย่างไรก็ตามแนวคิดที่ถูกนำมาใช้พัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพมีความหลากหลายกันในแต่ละ การศึกษา ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับปัญหาที่เกิดขึ้นกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการให้ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อความรู้และทักษะสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น โดยใช้แนวคิดของโคล์บ (Kolb, 1984) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะ และ

ทักษะ นำมาปรับใช้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. ประสบการณ์เชิงรูปธรรม 2. การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) 3. มโนทัศน์เชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) และ 4. การทดลองปฏิบัติ (Active Experimentation) แนวคิดนี้เน้นการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำซึ่งเหมาะสมกับการฝึกทักษะช่วยฟื้นคืนชีพที่ต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติซ้ำๆ การเรียนรู้ที่เป็นวงจรทำให้ผู้เรียนได้ปรับปรุงทักษะอย่างต่อเนื่อง และปรับใช้ความรู้ในสถานการณ์จริงได้ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยจึงนำมาพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ในปี 2567 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มละ 30 ราย

ขอบเขตด้านระยะเวลา

- ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย มิถุนายน 2567 ถึง มีนาคม 2568
- ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล พฤศจิกายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ที่ปฏิบัติงานในปี 2567 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น 30 ราย และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม 30 ราย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดอำนาจในการทดสอบที่ 0.90 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และขนาดค่าอิทธิพลทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ในประชากรกลุ่มใหญ่ มีค่าอิทธิพล 0.80 (Cohen, 1977) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ในปี 2567

2. สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี

3. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมงานการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการ

2. มีอาการแทรกซ้อนจนไม่สามารถฝึกฟื้นคืนชีพได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ที่ประยุกต์แนวคิดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของโคลบ ประกอบด้วยประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience) ได้แก่ ได้รับความรู้และข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพโดยใช้สื่อที่เข้าใจง่าย การนำเสนอ PowerPoint และวีดิทัศน์ ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมได้สัมผัสกับเนื้อหาที่เป็นรูปธรรมการสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) ได้แก่ การสะท้อนความคิดและประสบการณ์จากการชมวีดิทัศน์และการฝึกฝนเบื้องต้นด้วยหุ่นจำลอง มโนทัศน์เชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) ได้แก่ อธิบายและสรุปทฤษฎีการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) การทดลองปฏิบัติ (Active Experimentation) ได้แก่ ฝึกปฏิบัติจริงด้วยหุ่นจำลองการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ใหญ่แบบครึ่งตัว (Electronic CPR Manikins) และการใช้เครื่อง AED

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประสบการณ์การอบรม จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นและขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ข้อคำถามเป็นแบบถูก ผิด ตอบถูกจำนวน 20 ข้อ ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน โดยแปลระดับคะแนนตามเกณฑ์การแบ่งระดับการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1975) ที่มีเกณฑ์ในการแบ่งการความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 16 – 20 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	หมายถึง	มีความรู้ในระดับดี
คะแนน 13 – 15 (ร้อยละ 60.1 – 79.9)	หมายถึง	มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนน \leq 12 (ร้อยละ 60 และน้อยกว่า)	หมายถึง	มีความรู้ในระดับน้อย

2.3 แบบประเมินทักษะการฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำราและทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นแบบประเมินทักษะเป็นแบบสังเกตการปฏิบัติ (check list) โดยสังเกตการปฏิบัติตั้งแต่เริ่มประเมินผู้ที่ต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นจนสิ้นสุดการช่วยฟื้นคืนชีพ มีจำนวน 7 ข้อ การให้คะแนน

ถ้าปฏิบัติถูกต้องตามขั้นตอนย่อยในทักษะนั้นๆ ได้ 1 คะแนน ถ้าไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน ปฏิบัติได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 60 ถือว่าผ่านเกณฑ์ ถ้าปฏิบัติได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น แบบสอบถามความรู้และทักษะการฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ได้ผ่านความเห็นชอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ และด้านการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลและผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา และนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC : Index of item objective congruence) จากนั้นนำมาปรับปรุงเนื้อหา กำหนดค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่นเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบ แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอคีรีมาศ จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพก่อนใช้จริง แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นเพื่อทดสอบความสอดคล้องภายใน แบบสอบถามความรู้ กำหนดให้มี KR-20 ได้ค่า 0.80 และแบบสอบถามทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เขียนโครงการวิจัย ดำเนินการขออนุญาตจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย และใช้เครื่องมือวิจัยในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย
3. ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์โครงการวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการการให้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในเอกสารโครงการวิจัย

4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วให้ทำแบบทดสอบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (Pre-Test)

5. ให้โปรแกรมความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการ 1 ครั้ง ระยะเวลา 5 ชั่วโมง ประกอบด้วย ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience) ได้แก่ ได้รับข้อมูลและความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพโดยใช้สื่อที่เข้าใจง่าย การนำเสนอ PowerPoint และวิดีโอ ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมได้สัมผัสกับเนื้อหาที่เป็นรูปธรรมการสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) ได้แก่ การสะท้อนความคิดและประสบการณ์จากการชมสื่อวิดีโอและการฝึกฝนเบื้องต้นด้วยหุ่นจำลองโมนัทซ์เซิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) ได้แก่ อธิบายและสรุปทฤษฎีการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) การทดลองปฏิบัติ (Active Experimentation) ได้แก่ ฝึกปฏิบัติจริงด้วยหุ่นจำลองการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ใหญ่แบบครึ่งตัว (Electronic CPR Manikins) และการใช้เครื่อง AED

6. ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบทดสอบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (Post-Test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่นำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประสบการณ์การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบทีชนิดอิสระ (independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.68/2024 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.79/2024 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2567

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประสิทธิภาพการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ, \bar{X} (SD), ปี	56.57(1.87)		54.40(8.87)		0.127
เพศ					1.000
ชาย	10	33.3	10	33.3	
หญิง	20	66.7	20	66.7	
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.867
ประถมศึกษา	13	43.3	12	40.0	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	12	13.3	12	40.0	
อนุปริญญา หรือ ปวส.	5	16.7	4	16.7	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	0	0	1	3.3	
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0	
อาชีพ					0.643
เกษตรกร	22	73.3	16	53.3	
รับจ้างทั่วไป	2	6.7	8	26.7	
พนักงานบริษัทเอกชน	0	0	2	6.7	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	2	6.7	1	3.3	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0	1	3.3	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	4	13.3	2	6.7	
ระยะเวลาการเป็นผู้ป่วย	9.33(5.44)		9.27(2.86)		0.856
โรคความดันโลหิตสูง \bar{X} (SD), ปี					
ประสบการณ์การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ					0.456
คืนชีพ					
เคย	3	10.0	5	16.7	
ไม่เคย	27	90.0	25	83.3	

*P-value<0.05

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับดูแลตามปกติ มีเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.326$) ในส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า มีเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

กลุ่มควบคุมที่ได้รับดูแลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.260$) ในส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ตัวแปร		n	\bar{x}	SD	T-value	p-value
ความรู้เกี่ยวกับ การช่วยฟื้นคืน ชีพเบื้องต้น	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	12.97	3.91	4.521	<0.001*
	ทดลอง	หลังทดลอง	30	17.67	2.72		
ทักษะการช่วย ฟื้นคืนชีพ เบื้องต้น	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	12.60	0.66	-1.000	0.326
	ควบคุม	หลังทดลอง	30	13.02	2.64		
ทักษะการช่วย ฟื้นคืนชีพ เบื้องต้น	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	1.83	1.89	15.142	<0.001*
	ทดลอง	หลังทดลอง	30	6.93	0.25		
เบื้องต้น	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	1.23	1.69	-1.137	0.260
	ควบคุม	หลังทดลอง	30	1.03	1.30		

*P-value<0.05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการทดลอง

	ตัวแปร	n	Mean	S.D.	T-value	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการช่วย ฟื้นคืนชีพเบื้องต้น	กลุ่มทดลอง	30	17.67	2.72	4.824	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	30	13.02	2.64		
ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ เบื้องต้น	กลุ่มทดลอง	30	6.93	0.25	24.408	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	30	1.03	1.30		

*P-value<0.05

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 โดยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นได้ถูกออกแบบให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการผสมผสานทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chung และคณะ (2022) ที่พบว่า การฝึกอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่มีการบูรณาการระหว่างการบรรยายและการฝึกปฏิบัติจริงสามารถเพิ่มระดับความรู้ของผู้เข้าร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญนอกจากนี้ การที่โปรแกรมมุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้น้องมีความเฉพาะเจาะจงและตรงกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่ง Ramchandra และคณะ (2023) ได้กล่าวไว้ว่า การออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้และการจดจำเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดูแลตนเอง การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ยังอาจเป็นผลมาจากการใช้สื่อการสอนที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพในโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และ Kim (2021) ที่พบว่า การใช้สื่อการสอนที่มีความหลากหลาย เช่น วิดีทัศน์ แบบจำลอง และกรณีศึกษา สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้และการจดจำข้อมูลเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ดีกว่าการใช้สื่อเพียงรูปแบบเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของทรงสุดา หมื่นไธสงและคณะ (2566) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะการปฏิบัติและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดเทศบาล ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของจินดาพร ลันดา (2565) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยอาสาสมัครกู้ภัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มเป้าหมายภายหลังจากได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ 19.27 คะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม 17.33 คะแนน ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.0001$

ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 โดยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นที่ออกแบบขึ้นมีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างชัดเจนการเพิ่มขึ้นของทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพอาจเป็นผลมาจาก

การออกแบบโปรแกรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริงควบคู่ไปกับการให้ความรู้ทางทฤษฎี สอดคล้องกับการศึกษาของ Perkins และคณะ (2022) ที่พบว่า การฝึกอบรบการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วยทั้งการให้ความรู้และโอกาสในการฝึกปฏิบัติจริงที่เพียงพอ โดยเฉพาะการใช้หุ่นจำลองที่สามารถให้ผลสะท้อนกลับ (feedback) แก่ผู้ฝึกได้อย่างทันทีนอกจากนี้ การที่โปรแกรมมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้ผู้เข้าร่วมมีแรงจูงใจสูงในการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะ เนื่องจากเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับโดยตรง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nakagawa และคณะ (2023) ที่พบว่า การฝึกอบรบการช่วยฟื้นคืนชีพที่ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของผู้เรียนและเน้นย้ำถึงความสำคัญในชีวิตประจำวันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้และการนำไปใช้ได้มากกว่าการฝึกอบรบทั่วไป

การเพิ่มขึ้นของทักษะยังอาจเป็นผลมาจากวิธีการสอนที่หลากหลายในโปรแกรม ทั้งการใช้สื่อวีดิทัศน์ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลอง ซึ่ง Kim และ Lee (2021) ได้ระบุว่า การผสมผสานวิธีการสอนหลายรูปแบบจะช่วยตอบสนองต่อรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้เรียน ทำให้การพัฒนาทักษะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมคือความเข้มข้นและระยะเวลาที่เหมาะสม การศึกษาของ Greif และคณะ (2020) พบว่า การฝึกอบรบการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพควรมีระยะเวลาที่เพียงพอสำหรับการฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จนเกิดความชำนาญ แต่ไม่ยาวนานจนทำให้ผู้เรียนเกิดความเหนื่อยล้าหรือเบื่อหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของทรงสุตา หมั่นโธสงและคณะ (2566) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะและทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดเทศบาล ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของจินดาพร ลันดา (2565) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยอาสาสมัครกู้ภัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มเป้าหมายภายหลังจากได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.0001$

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลควรนำโปรแกรมฯไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถทำการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้องและทันเวลา ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

1.2 ควรพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และลดความจำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ซึ่งสามารถช่วยประหยัดทรัพยากรและเวลาของระบบสาธารณสุขได้

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโปรแกรมเพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้

2.2 ควรศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อขยายแนวทางการเพิ่มทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นในกลุ่มอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). *รายงานการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

จินดาพร ลันดา. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยอาสาสมัครกู้ภัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(2), 199-206.

ทรงสุตา หมื่นไธสง, เสาวลักษณ์ ชาญกัน, ณรงค์ คำอ่อน, พลอยลดา ศรีหามู, สรัญญา เปล่งกระโทก, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และพิชญ์สินี มงคลศิริ. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดเทศบาล ในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, 13(4), 245.

โรชินี อูปรา, ชยธิดา นนท์เมธาววัฒน์, ทิพย์ ลือชัย, วราภรณ์ บุญยงค์, ปวีณา ยศสุรินทร์ และวิภา ยศสุรินทร์. (2564). ผลของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 13(2), 73-86.

โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย. (2567). *รายงานผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ*. สุโขทัย: โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย.

สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย. (2563). *การปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน Emergency First Aid and Basic CPR*. กรุงเทพฯ: บริษัท นิเวศธรรมดาการพิมพ์ จำกัด.

Bloom B. S. (1975). *Taxonomy of education*. . David McKay Company Inc.

Cohen J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. . Academic Press.

Health Data Center. (2566). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง*. . นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

Health Data Center. (2567). *รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

Kevin Patel & John E. Hipskind. (2023). *Cardiac Arrest*. เข้าถึงได้จาก

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53>

Kolb D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*.

Prentice Hall.

Sudden Cardiac Arrest Foundation. (2020). *Latest AHA statistics on cardiac arrest survival reveal little progress*. . เข้าถึงได้จาก <https://www.sca-aware.org/about-sudden-cardiac-arrest/latest-statistics>.



การศึกษารูปแบบและความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องต่อการให้บริการผู้ป่วยในการแพทย์แผนไทย พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

จิรภัทร์ สิงห์ชัย¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสม (Mixed - Method Research) เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการและความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องต่อการให้บริการผู้ป่วยในการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้บริหารองค์กร ทีมสหวิชาชีพ บุคลากรแผนกผู้ป่วยใน และผู้รับบริการ จำนวน 265 คน การเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2567 โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัยพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงต่อการให้บริการที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยได้รับการตอบรับดีในรูปแบบบริการแพคเกจ 2 คืน 3 วัน อย่างไรก็ตาม พบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบบริการที่หลากหลายขึ้น การปรับปรุงสถานที่และอุปกรณ์ การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อยกระดับการให้บริการและเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มประชาชนทุกช่วงวัย การศึกษานี้ช่วยพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ : รูปแบบการให้บริการ , งานบริการผู้ป่วยใน , โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก, E-mail: Jamina515@gmail.com

Study of Model and Satisfaction with Service of the In-patient Department at Phrom Phiram Thai Traditional And Alternative Medicine Hospital Phitsanulok,Province.

Jirapath Singhchai ¹

Abstract

This mixed-method research aimed to study the service model and the perspectives of stakeholders regarding patient care in Thai traditional medicine at Phrom Phiram Traditional Medicine and Alternative Medicine Hospital, Phitsanulok. A purposive sample of 265 participants, including hospital administrators, interdisciplinary team members, inpatient staff, and service users, was selected. Data were collected from May 1 to September 30, 2023, using questionnaires and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed through content analysis. The findings indicated high satisfaction among service users regarding the holistic care model, emphasizing teamwork among the Thai, modern, and Chinese medicine physicians, as well as physical therapists. The 2-night, 3-day service package received positive feedback, particularly for convenience and health recovery. However, challenges such as a shortage of specialized staff, medical equipment, and limited service space were identified. Recommendations include diversifying service models, improving facilities and equipment, incorporating technology such as an online booking system, and enhancing staff capabilities to elevate service quality and accessibility, especially for the elderly and patients with chronic diseases. This research provides insights into improving the effectiveness and sustainability of Thai traditional medicine services.

Keywords: Service Model, Inpatient Care, Thai Traditional Medicine Hospital

¹ Professional Nurse, Phrom Phiram Hospital, Phrom Phiram District, Phitsanulok Province, E-mail: Jamina515@gmail.com

บทนำ

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 วรรคหนึ่ง ได้กำหนดให้รัฐมีหน้าที่ส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งนำไปสู่การผลักดันให้มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่มีมาตรฐาน ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอย่างเป็นระบบ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา ได้มีการพัฒนาโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยให้เป็นต้นแบบในระดับภูมิภาค โดยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ การศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมบุคลากร

โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยในเขตบริการสุขภาพที่ 2 โดยให้บริการใน 4 แผนก ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก การแพทย์แผนไทย แผนกผู้ป่วยในการแพทย์แผนไทย แผนกการแพทย์แผนไทยในชุมชน และศูนย์เรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ครอบคลุมการให้บริการทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและหัตถการ เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การพอกยา และการเผายา ผลการให้บริการในช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2566 พบว่าจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยในที่ได้รับการแบบแพทย์ผสมผสาน ซึ่งได้รับความสนใจจากผู้ป่วยทั้งในและนอกจังหวัด รวมถึงหน่วยงานที่เข้ามาศึกษาดูงาน

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษารูปแบบและความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องต่อการให้บริการผู้ป่วยในการแพทย์แผนไทยพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนากระบวนการบริการให้มีมาตรฐาน ครอบคลุม และปลอดภัย รวมถึงพัฒนาศักยภาพของระบบบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของประชาชน สร้างความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับสากล

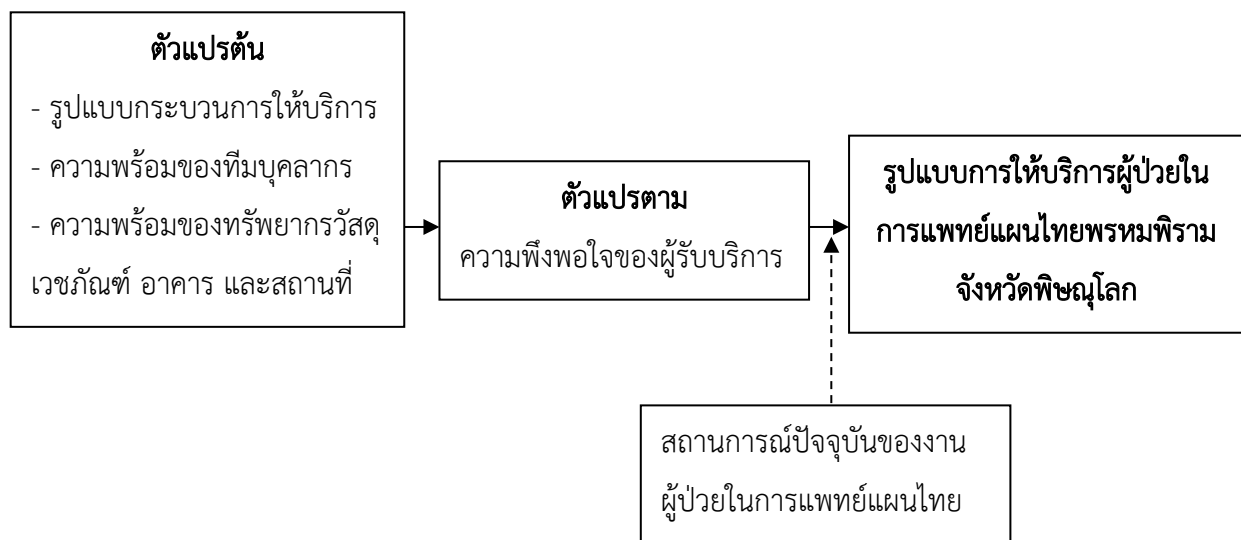
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบของการให้บริการแผนกผู้ป่วยในการแพทย์แผนไทย พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องต่อการให้บริการแผนกผู้ป่วยในการแพทย์แผนไทยพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย

เพื่อใช้ในระบบบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และเป็นทางเลือกให้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพ ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน เพื่อให้มีการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างเหมาะสม และเกิดการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดดังนี้

กรอบแนวคิดของงานวิจัยดังนี้



วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการและความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องต่อการให้บริการผู้ป่วยในการแพทย์แผนไทยพหุหัตถ์ จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 265 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน พ.ศ. 2567 โดยใช้ แบบสอบถาม และ การสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามที่ถูกพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพ
2. แบบสอบถามสำหรับกลุ่มบุคลากรแผนกผู้ป่วยในและผู้รับบริการ
3. แบบสอบถามสำหรับศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความพึงพอใจในการให้บริการ
2. การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ คำถามปลายเปิด และความคิดเห็นเพิ่มเติม ถูกนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดกลุ่มและแบ่งประเด็นเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าร้อยละ (%) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก (เลขที่ รับรอง PREC 069-2567) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 1 รวมถึงศูนย์วิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์ ภายใต้แนวทางปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP: E6(R2))

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการงานผู้ป่วยในการแพทย์แผนไทย พรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจ ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ร้อยละ (%)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความ พึงพอใจ
1) ความพร้อม จำนวนเพียงพอ สะดวก สะอาด ปลอดภัยในการใช้บริการ	4.65	93.02	0.52	ดีมาก
2) ความพร้อม ความเหมาะสม จำนวนเพียงพอ ของเครื่องมือและอุปกรณ์	4.53	90.64	0.55	ดีมาก
3) ความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ผู้พิการ และผู้สูงอายุ	4.37	66.28	0.57	ดี
4) ความพร้อมของแนวทางป้องกันอันตราย เช่น ระบบเรียกฉุกเฉิน ระบบป้องกันอัคคีภัย	4.69	91.90	0.48	ดีมาก
รวมเฉลี่ย	4.56	85.46	0.53	ดีมาก

ความพร้อมของแนวทางป้องกันอันตราย เช่น ระบบเรียกฉุกเฉิน ระบบป้องกันอัคคีภัย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 4.69 (ร้อยละ 91.90) ขณะที่ด้านความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย ผู้พิการ และผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดที่ 4.37 (ร้อยละ 66.28)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจ ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ร้อยละ (%)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความ พึงพอใจ
1) บุคลากรสายวิชาชีพ มีความรู้ ความชำนาญ ให้คำแนะนำได้ชัดเจน	4.75	85.65	0.45	ดีมาก
2) บุคลากรสายสนับสนุนวิชาชีพ มีความชำนาญในการช่วยเหลือผู้รับบริการ	4.77	87.82	0.45	ดีมาก
3) บุคลากรทุกคนมีความเอาใจใส่ กระตือรือร้น พร้อมช่วยเหลือตลอดเวลา	4.83	95.40	0.38	ดีมาก
4) เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยคำพูดสุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส นุ่มนวล	4.80	85.53	0.40	ดีมาก
รวมเฉลี่ย	4.79	88.60	0.42	ดีมาก

บุคลากรทุกคนมีความเอาใจใส่ กระตือรือร้น พร้อมช่วยเหลือตลอดเวลา มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 4.83 (ร้อยละ 95.40) ขณะที่บุคลากรสายวิชาชีพมีความรู้ ความชำนาญให้คำแนะนำได้ชัดเจน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดที่ 4.75 (ร้อยละ 85.65)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจ ด้านกระบวนการปฏิบัติงาน

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ร้อยละ (%)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความพึง พอใจ
1) ขั้นตอนการให้บริการไม่ยุ่งยาก สามารถใช้บริการได้สะดวก รวดเร็ว	4.74	82.11	0.51	ดีมาก
2) การอธิบายสิทธิการรักษา ขั้นตอนการรักษา มีส่วนร่วมวางแผนการรักษา	4.80	96.09	0.42	ดีมาก
3) การอธิบายเกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัยโรค การวางแผน และการประเมินผลการรักษา	4.04	85.59	0.48	ดี
4) การดูแลอย่างใกล้ชิดในทุกขั้นตอน	4.82	85.73	0.39	ดีมาก
รวมเฉลี่ย	4.60	87.38	0.45	ดีมาก

การดูแลอย่างใกล้ชิดในทุกขั้นตอน มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 4.82 (ร้อยละ 85.73) ขณะที่การอธิบายเกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัยโรค การวางแผน และการประเมินผลการรักษามีค่าเฉลี่ยต่ำสุดที่ 4.04 (ร้อยละ 85.59)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจ ด้านการควบคุมคุณภาพการรักษา

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ร้อยละ (%)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความ พึงพอใจ
1) กระบวนการรักษาทุกขั้นตอนมีการอธิบาย ครบถ้วน ชัดเจน	4.75	82.26	0.49	ดีมาก
2) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเหตุการณ์ เช่น การ นัด ประคบ เผายา ทุกครั้ง	4.91	92.99	0.29	ดีมาก
3) การสอบถามประวัติการรักษาโรค ยาโรค ประจำตัว ก่อนให้สมุนไพร	4.85	97.02	0.41	ดีมาก
4) การแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม เกี่ยวกับโรค เช่น การบริหารร่างกาย	4.90	90.84	0.30	ดีมาก
รวมเฉลี่ย	4.85	90.78	0.37	ดีมาก

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเหตุการณ์ เช่น การนัด ประคบ เผายา ทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 4.91 (ร้อยละ 92.99) ขณะที่กระบวนการรักษาทุกขั้นตอนมีการอธิบายครบถ้วน ชัดเจน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดที่ 4.75 (ร้อยละ 82.26)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจ ด้านการจัดบริการ

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ร้อยละ (%)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความ พึงพอใจ
1) ต่อแพคเกจการรักษาโรคเบื้องต้น 2 คืน 3 วัน	4.76	78.50	0.43	ดีมาก
2) ต่อการรักษาตามแพคเกจ 7 วัน	4.88	93.87	0.35	ดีมาก
3) ต่อการรักษาตามแพคเกจ 14 วัน	4.81	85.42	0.41	ดีมาก
4) การจัดแพคเกจรักษาโรค เหมาะสมกับผู้ป่วย	4.90	90.68	0.30	ดีมาก
รวมเฉลี่ย	4.83	88.23	0.37	ดีมาก

การจัดแพคเกจรักษาโรคเหมาะสมกับผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 4.90 (ร้อยละ 90.68) ขณะที่ต่อแพคเกจการรักษาโรคเบื้องต้น 2 คืน 3 วัน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดที่ 4.76 (ร้อยละ 78.50)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งเน้นการประเมินรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยในการแพทย์แผนไทยพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบด้วยผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพ และผู้รับบริการ ผลการวิจัยพบว่าการให้บริการในแพคเกจ 2 คืน 3 วัน ได้รับความพึงพอใจในระดับสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้รับการบูรณาการการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพที่หลากหลาย ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ

ผลการศึกษาในมิติสำคัญ

1. โครงสร้างทีมสหวิชาชีพ ทีมงานที่มีความหลากหลายด้านอายุ ประสบการณ์ และระดับการศึกษา ส่งเสริมการให้บริการแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้ดี
2. คุณภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย การสำรวจจากกลุ่มตัวอย่าง 235 คน พบว่า ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมได้รับความพึงพอใจระดับ "ดีมาก" (ค่าเฉลี่ย 4.69) บุคลากรได้รับการยอมรับในด้านความสุภาพและใส่ใจผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย 4.83) และกระบวนการให้บริการได้รับการประเมินว่าสามารถอธิบายสิทธิและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาได้ดี (ค่าเฉลี่ย 4.80)
3. ผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยหัตถการ เช่น การนวด ประคบ อบไอน้ำ และการฝังเข็ม รายงานว่ามีอาการดีขึ้นและฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องการหลีกเลี่ยงยาแผนปัจจุบัน

ข้อสรุปจากผลการศึกษา

รูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยพรหมพิรามได้รับการยอมรับในด้านคุณภาพและความเหมาะสม สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมด้านสิ่งอำนวยความสะดวก การใช้เทคโนโลยี และการขยายบริการเพื่อให้การดูแลสุขภาพมีความยั่งยืนและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมและดำเนินการวิจัยด้านสาธารณสุขอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพและยกระดับสุขภาวะของประชาชน
2. การวิจัยในอนาคตควรมุ่งศึกษาความคาดหวังและความสัมพันธ์ของรูปแบบและวิธีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อพัฒนารูปแบบการรักษาที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญชัย วิศิษฐานนท์, อุบลวรรณ ขอพิง. (2550). **โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ : ข้อเสนอการจัดตั้งหน่วยบริการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างคน สร้างความรู้ และการดูแลสุขภาพ แบบพอเพียง.** สืบค้นเมื่อ 22 มีนาคม 2567 จาก คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). <https://kb.hsri.or.th>
- พระราชบัญญัติ คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542. (2542). **ราชกิจจานุเบกษา.** สืบค้นสืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2567 จาก <https://www.ratchakitchasoc.go.th/DATA/PDF/2542/A/120/49.PDF>
- รัตติกาล กาวีอิน. (2563). **การพัฒนารูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลชุมชน ตำบลคอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่).
- เรวดี โพธิ์กุดสัย และคณะ. (2558). **การพัฒนาคุณภาพการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์มาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลจอมพระอำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์.** วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 12(3), 1-10.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2552). **คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย.** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5.** นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- อัจฉรา เชียงทอง. (2559). **คุณภาพและการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



วรรณพร สุริยะคุปต์. (2565). **การศึกษาและพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบโรงพยาบาล
การแพทย์แผนไทย.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต), มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

Yamane, T. (1973). **Statistics: An introductory analysis (3rd ed.)**. New York: Harper and Row Publications.

Taylor, S. A., & Baker, T. L. (1994). **An assessment of the relationship between
service quality and customer satisfaction in the formation of
consumers' purchase intentions.** *Journal of Retailing*.

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2568



วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวไต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000

โทร.055-517488 ต่อ 5

www.northern.co.th