

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

# JCCPH

JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH



ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564 Vol.3 No.1 January - April 2021

03

ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน  
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุข
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน  
สภาการสาธารณสุขชุมชน  
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187  
e-mail : The.JCCPH@gmail.com  
web: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด  
67 อาคารท้อปส์ซูเปอร์มาร์เก็ต ชั้น 3 ถนนงามวงศ์วาน  
แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900  
โทรศัพท์ 029413677

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563

ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

**วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน**  
**Journal of Council of Community Public Health: JCCPH**  
**ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564**

**ที่ปรึกษา**

ดร.ไพศาล บางชวด  
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล  
ศาสตราจารย์(คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์  
ศาสตราจารย์(เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ  
รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อยู่สุข  
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์  
นายมานะ เปาพวย

**บรรณาธิการ**

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

**ผู้ช่วยบรรณาธิการ**

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

**กองจัดการ**

นางสาวสววยบะห์ หาแว  
นายรัชกี สาร๊ะ  
นายกฤตย์ตีวัฒน์ ฉัตรทอง  
นายนรภัทร ศรีชุม  
นายศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ

**กองบรรณาธิการ**

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช  
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุนัน พฤทธิภูมิ  
รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์  
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง  
รองศาสตราจารย์ ดร.สถิร เทพตระการพร  
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ  
รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร  
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์  
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม  
รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อณี  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมีจรัลกุล  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐรุจ แก้วสุทธา  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ  
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง  
อาจารย์ ดร.จirnันท์ ตูลชาติ  
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสยาม  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
มหาวิทยาลัยทักษิณ  
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

**กำหนดออก**

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้  
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน  
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม  
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

**เจ้าของ**

สภาการสาธารณสุขชุมชน

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์  
จำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่  
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

## บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีครั้งที่ 3 ฉบับที่ 1 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2564 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ สำหรับเนื้อหาสาระในฉบับนี้ประกอบด้วย รายงานการศึกษาวิจัย จำนวน 9 เรื่อง

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามอ่านวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ตรวจสอบคุณภาพอย่างเข้มข้นเพื่อให้วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนคงมาตรฐาน เนื้อหาถูกต้องตามหลักวิชาการ

หากท่านมีความประสงค์จะส่งผลงานวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถดูรายละเอียดของการส่งได้ที่ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิดในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ปริญญญา จิตอร่าม  
บรรณาธิการ

**บรรณาธิการ**

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

**บทความวิจัย (Original Article) :**

<b>การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง .....</b>	<b>1</b>
Simulation-Based Learning	
วรางคณา คุ่มสุข และมาเรียม นิลพันธุ์	
<b>ความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดของเด็กวัยเรียนอายุ 5-9 ปี และกลไกการดำเนินงานทีมผู้ก่อการตีระดับ ทองแดง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2562.....</b>	<b>13</b>
Survival Swimming Knowledge of School-Age Children (5-9 years old) and the Operation Mechanism of MERIT MAKER TEAM (Copper Level) of Regional Health 12 in 2019	
ฝนทิพย์ พริกชู และนฤมล รักษายศ	
<b>การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี.....</b>	<b>23</b>
The Caring System Development for Uncontrolled Hypertension at Tumbol Health Promoting Hospital, Bo Phloi District, Kanchanaburi Province	
วิสิทธิ์ ปิ่นประจักษ์	
<b>ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในประชากร กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี.....</b>	<b>38</b>
The Effectiveness of Behavior Modification Programs to Promote Healthy Behaviors Complying with 3E 2S Program in People at Risk of Diabetes and Hypertension, Ban Nong Ri Health Promoting Hospital, Ban Luek Sub-district, Photharam District, Ratchaburi Province	
ชนิษฐา สระทองพร้อม และ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์	
<b>ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคติดยา โรงพยาบาลกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา.....</b>	<b>51</b>
Effects of Family Counseling Program on Caregivers' Perception towards Caregiving Burden for Alcohol-Dependent Patients in Krasaesin Hospital, Songkhla Province	
กฤษณา แก้วแดง	

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7.....	65
Effects of Functional Oral Health Literacy Program for Promoting Oral Health among Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in the Health Area 7 ศุภศิลาป์ ตีรักษา, วิภาดา จิตรปรีดา, สุพัตรา บุญเยี่ยม และ อนวัช ภูทองนาค	
ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี.....	77
Factors Related to Motivation in Caregivers' Performance for the Dependent Elderly, Ban Kha District, Ratchaburi Province..... วิทยา พลาอาด สมภพ ท่วงทอง และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์	
การค้นหาเชิงรุกและต้นทุนในการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว.....	91
Cost and Outcome Analysis of an Active Case Finding for Pulmonary Tuberculosis, Ta Phraya Hospital, Sakaeo Province เอกชัย ยอดขาว	
การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น.....	100
The Dengue Fever Prevention and Control Operation of Public Health Volunteers Wang Muang Sub-district, Pueai Noi District, Khon Kaen Province สุทธิ พลรักษา	
คำแนะนำการส่งบทความ	

## การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง Simulation-Based Learning

วารางคณา คุ่มสุข<sup>1\*</sup> และ มาเรียม นิลพันธุ์<sup>2</sup>

Warangkana Khumsuk<sup>1\*</sup> and Maream Nillapun<sup>2</sup>

นักศึกษาปริญญาเอก สาขาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร<sup>1\*</sup>,  
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร<sup>2</sup>

Doctoral student Branches of Curriculum and Instruction Faculty of Education Silpakorn University <sup>1\*</sup>,  
Dean of Faculty of Education Silpakorn University <sup>2</sup>

(Received: February 25, 2021; Revised: April 7, 2021; Accepted: April 7, 2021)

### บทคัดย่อ

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นการจัดการเรียนรู้ที่มีลักษณะเสมือนจริงโดยจำลองสถานการณ์ในการปฏิบัติงานจริงมาให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และเผชิญกับปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริง ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ (Outcomes) ที่ได้รับจากการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ประกอบด้วย 1) ความรู้ (Knowledge) ความรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่จัดให้กับผู้เรียน 2) ความพึงพอใจของผู้เรียน (Learner Satisfaction) เป็นการตอบสนองของผู้เรียนต่อกิจกรรมการเรียนรู้และสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ และ 3) ความมั่นใจในตนเอง (Self-Confidence) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจทางคลินิกและจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นในเรื่องการคิดวิเคราะห์และความสามารถในการแก้ปัญหา ระดับความมั่นใจในตนเองนี้จะมีผลต่อความสามารถในการแสดงทักษะที่ถูกต้องของผู้เรียน บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

**คำสำคัญ:** การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, การจัดการเรียนการสอน

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail; Warang\_kwan@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-9420968)

## Abstract

Simulation-based learning is a virtual learning management which simulate real-world situations for learners. Virtual scenarios help learners learn and face problems in the situations that are close to reality. Outcomes from learning obtained from teaching and learning using simulations are: 1) Knowledge, the knowledge obtained will be based on the learning objectives or experiences provided to the learners; 2) Learner satisfaction, it is the response of learners to learning activities and learning environment; and 3) Self-confidence, it is a critical component of clinical decision making and essential for quality nursing practice. Simulation-based learning will help the learners have greater self-confidence especially in their critical thinking and problem-solving abilities. Self-confidence will affect the ability to show the correct skills of the learners. This article aims to review knowledge about virtual learning management.

**Keywords:** Simulation-Based Learning, Learning Management

## บทนำ

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองคือกระบวนการที่ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนลงไปเล่นในสถานการณ์ที่มีบทบาท ข้อมูลและกติกาการเล่นที่สะท้อนความเป็นจริง มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ในสถานการณ์นั้น โดยใช้ข้อมูลที่มีสภาพคล้ายกับข้อมูลในความเป็นจริง ในการตัดสินใจและแก้ปัญหาต่าง ๆ ซึ่งการตัดสินใจนั้นจะส่งผลถึงผู้เล่นในลักษณะเดียวกับที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง (ทิตานา แชมมณี, 2552) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลมากขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ทักษะการปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับสภาพการณ์จริงมากที่สุด ในการฝึกปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วยนั้น โอกาสที่นักศึกษาจะได้ปฏิบัติการพยาบาลและตัดสินใจแก้ปัญหาในภาวะฉุกเฉินต่างๆตามความเป็นจริงนั้นเกิดขึ้นได้ยาก ส่วนใหญ่เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลประจำการ เพราะการให้นักศึกษาให้การพยาบาลหรือตัดสินใจในภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤติ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ นักศึกษาจึงมีบทบาทเป็นผู้ช่วยหรือผู้สังเกตการณ์มากกว่าที่จะได้ปฏิบัติจริง การให้นักศึกษาเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาได้แสดงทักษะตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่พบได้น้อย สถานการณ์ฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤติ ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญสำหรับการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมบูรณ์ในอนาคต

ประโยชน์ของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่สำคัญคือการปฏิบัติการพยาบาลของผู้เรียนไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยโดยตรง ลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญมากในยุคปัจจุบันที่บุคลากรด้านสุขภาพคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น ผู้เรียนสามารถพัฒนาทักษะทางคลินิกที่ต้องการได้เร็วขึ้นจากการฝึกทำได้บ่อยตามที่ต้องการ นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาทักษะอื่นที่ไม่ใช่ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การตัดสินใจ ส่งเสริมให้ผู้เรียนแต่ละคนได้รับประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองที่เหมือนกัน ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากการสะท้อนคิด และฝึกการปรับตัวก่อนเผชิญกับสถานการณ์จริง (Oyserman, Elmore & Smith, 2012; Black & Chitty, 2011) ประโยชน์ของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่กล่าวมานี้ เป็นผลมาจากกระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ได้ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนผ่านประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองที่กำหนดให้ ผู้เรียนจึงมีโอกาสนำความรู้ที่ได้ศึกษามาในภาคทฤษฎีเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติจริงและผู้เรียนจะได้รับข้อมูลป้อนกลับภายหลังเข้าเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทันที จึงก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่สำคัญ



5 ด้าน คือความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การคิดวิเคราะห์ ความพึงพอใจและเกิดความมั่นใจในตนเอง (Ckicking & Reisser, 1993) บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### องค์ประกอบของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง

กรอบแนวคิดการจัดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง (The Nursing Education Simulation Framework) มีองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ (Jefferies, 2005; Jefferies, 2008) ได้แก่

1. ผู้สอน (Teacher) มีหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน สะท้อนคิด ประเมินผลและสรุปผลการเรียนรู้ ผู้สอนต้องให้การสนับสนุนผู้เรียนตามที่ต้องการ ออกแบบสถานการณ์จำลอง การเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ในสถานการณ์จำลองให้สามารถใช้งานได้ ขณะเดียวกันผู้สอนก็ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีประสบการณ์ ความรู้สึกลักษณะเหมือนผู้เรียนในขณะที่อยู่ในสถานการณ์ ทำให้ผู้สอนวิเคราะห์ความรู้สึกของผู้เรียนที่เกิดขึ้นในระหว่างการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองได้

2. ผู้เรียน (Student) ผู้เรียนต้องรับผิดชอบการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นผู้ริเริ่มและสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ด้วยตนเองระหว่างเรียน ผู้เรียนจะมีบทบาทสมมติแตกต่างกันไป ซึ่งผู้เรียนควรทราบล่วงหน้าและควรมีการสลับสับเปลี่ยนบทบาทให้ผู้เรียนแต่ละคนได้รับบทบาทที่หลากหลาย

3. ลักษณะการจัดการฝึกปฏิบัติ (Educational Practices) การสอนในสถานการณ์จำลอง มีลักษณะสำคัญ คือ (Hallmark, Thomas & Gantt, 2014)

3.1. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน (Faculty-Student Interaction) ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการคงอยู่ของความรู้และความเชื่อมั่นในตนเอง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนที่ดี จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้และสามารถพัฒนาตนเองไปสู่การเรียนรู้ที่ซับซ้อนได้

3.2. การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Active Learning) เป็นวิธีการสอนที่สำคัญซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนมีความพร้อมต่อการเรียนรู้ ผู้เรียนต้องเรียนรู้ที่จะอธิบายสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้ เชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์เดิมจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

3.3. การเรียนแบบร่วมมือ (Collaborative Learning) เป็นการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มย่อยของผู้เรียนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้เรียนจะได้มีการเรียนรู้เพิ่มขึ้นหากมีการเรียนรู้เป็นกลุ่ม

3.4. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (High Expectation) คือการที่ผู้สอนคาดหวังให้ผู้เรียนปฏิบัติตามพฤติกรรมได้สำเร็จตามที่กำหนดไว้ โดยผู้เรียนควรบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์รายวิชาหรือตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนดในสถานการณ์จำลอง สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามที่ผู้สอนแนะนำ การออกแบบสถานการณ์จำลองที่ดีควรสร้างให้มีมาตรฐานสูงและจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์สำหรับช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมตามที่ต้องการ

3.5. การเรียนรู้ที่หลากหลาย (Diverse Learning) เป็นความหลากหลายในการเรียนรู้ทักษะจากรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายตามความต้องการของผู้เรียน เช่น การประเมินสภาพผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

3.6. เวลาในการจัดการเรียนรู้ (Time on Task) ระยะเวลาในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง และจำนวนครั้งที่เข้าเรียนมีผลต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ จำนวนชั่วโมงที่เพิ่มขึ้นในการเข้าเรียนในสถานการณ์จำลอง ทำให้ระดับความรู้และการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียนเพิ่มขึ้นด้วย

3.7. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เป็นการช่วยให้ผู้เรียนมีทักษะการปฏิบัติที่ดีขึ้น โดยผู้สอนให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ผู้เรียนได้ปฏิบัติในสถานการณ์จำลองกับมาตรฐานที่กำหนดไว้

4. การออกแบบสถานการณ์จำลอง (Simulation Design) การออกแบบสถานการณ์จำลองที่ดีมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Groom, Handerson & Sittner, 2014) ดังนี้

4.1 วัตถุประสงค์ (Objectives) วัตถุประสงค์ของสถานการณ์จำลองมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้สอนต้องกำหนดวัตถุประสงค์ที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้เรียนแสดงออกมา ได้แก่ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความสามารถทางปัญญา ความสามารถทางทักษะและผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจงอื่น ๆ ที่ผู้สอนต้องการให้เกิดขึ้น การกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง สามารถกำหนดได้ตามหลัก SMART Goals คือ 1) มีความเฉพาะเจาะจง (Specific) การกำหนดวัตถุประสงค์ให้มีความชัดเจน เป็นไปได้ว่าสิ่งที่ต้องการเรียนรู้คืออะไร โดยผู้สอนและผู้เรียนมีความเข้าใจตรงกัน 2) สามารถวัดได้ (Measurable) การกำหนดวัตถุประสงค์ให้สามารถวัดผลได้ โดยใช้เครื่องมือหรือแบบประเมิน ทำให้สามารถรู้ว่าการดำเนินการเรียนรู้ของผู้เรียนถึงขั้นตอนใด ผลของแต่ละขั้นเป็นอย่างไรและบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ 3) สามารถบรรลุได้ (Attainable & Assignable) การกำหนดวัตถุประสงค์ให้เหมาะสมกับระดับความรู้ ความสามารถของผู้เรียนและสามารถนำไปปฏิบัติได้ 4) อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง (Reasonable & Realistic) วัตถุประสงค์ที่ดีต้องสามารถอธิบายได้ มีความสมเหตุสมผล และมีความเสมือนจริงกับสถานการณ์จำลองที่สร้างขึ้นอยู่บนพื้นฐานของแนวคิด ทฤษฎี และสามารถปฏิบัติได้จริง และ 5) มีกำหนดเวลาแน่นอน (Time Available) การกำหนดวัตถุประสงค์ต้องเหมาะสมกับเวลาในขณะนั้น กล่าวคือการระบุวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อควรมีขอบเขตของเวลาที่แน่นอนในการปฏิบัติงานว่าจะต้องบรรลุเป้าหมายในระยะเวลาใดของการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองนั้น ๆ ดังนั้น การระบุวัตถุประสงค์ที่ดีจึงควรระบุระยะเวลาการบรรลุเป้าหมายในช่วงการเรียนรู้ในชั้นสอนของผู้เรียน

4.2. ความเสมือนจริง (Fidelity) การออกแบบสถานการณ์จำลองให้มีความเสมือนจริง สามารถช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้มากยิ่งขึ้น การออกแบบสถานการณ์จำลองให้มีความเสมือนจริง จะต้องมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของสถานการณ์จำลอง ทั้งตัวสถานการณ์ อุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ความเสมือนจริงของสถานการณ์จำลองมีหลายระดับ การเลือกใช้แบบไหนจึงขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด

4.3 การแก้ปัญหา (Problem Solving) การออกแบบสถานการณ์จำลองมีความซับซ้อนแตกต่างกัน สถานการณ์จำลองที่มีความซับซ้อนมากนับว่าเป็นสถานการณ์จำลองที่มีการวางแผนมาอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีความสำคัญกับผู้เรียนเพราะจะสามารถสะท้อนกระบวนการคิดวิเคราะห์ และการแสดงพฤติกรรมของผู้เรียนได้ ดังนั้นการออกแบบสถานการณ์จำลองจึงควรออกแบบให้สถานการณ์สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์และตัดสินใจทางคลินิกได้ เหมาะสมกับระดับความรู้และประสบการณ์ของผู้เรียน

4.4. การสนับสนุนผู้เรียน (Student Support) สิ่งสนับสนุนประกอบด้วยข้อมูลผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตอบสนองหรือไม่ตอบสนองของผู้ป่วย ผู้สอนต้องจัดให้มีสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้การดำเนินสถานการณ์จำลองบรรลุเป้าหมาย

4.5. การอภิปรายสรุปและสะท้อนคิด (Debriefing) เป็นการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ภายหลังเสร็จสิ้นสถานการณ์จำลอง การอภิปรายสรุปและสะท้อนคิดมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน เพราะเป็นการกระตุ้นหรือชี้แนะให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้และนำความรู้ทางการพยาบาลที่ได้เรียนมาประยุกต์ใช้

5. ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ (Outcomes) ผลลัพธ์การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองมี 5 ด้านประกอบด้วย

5.1 ความรู้ (Knowledge) ความรู้ที่เกิดขึ้นมักมีความจำเพาะเจาะจงกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่จัดให้กับผู้เรียน

5.2 ทักษะที่แสดงออก (Skill Performance) การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง สามารถพัฒนาทักษะพิสัย (Psychomotor) ความสามารถทางเทคโนโลยี ทักษะด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล

(Technical Skill) และทักษะที่ไม่ใช่เทคนิคด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Non- Technical Skill) เช่น การคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา การสื่อสาร

5.3 ความพึงพอใจของผู้เรียน (Learner Satisfaction) ความพึงพอใจเป็นการตอบสนองของผู้เรียนต่อประสบการณ์ที่ได้รับ ได้แก่ ความรู้สึกต่อกิจกรรมการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจง การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้เรียนที่เกิดจากความพึงพอใจ ความพึงพอใจต่อวิธีดำเนินการและสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ ซึ่งสามารถวัดได้ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

5.4 การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) เป็นการคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์ การคิดเชิงเหตุผลสำหรับการตัดสินใจในคลินิก เป็นการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างมีจุดมุ่งหมายในการแยกแยะวิเคราะห์ ประเมินหรือหาข้อสรุป เพื่ออธิบายเหตุการณ์ แนวคิดหรือวิธีการ เป็นความสามารถของผู้เรียนในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาและวิเคราะห์สิ่งที่ผิดปกติหรือปกติ รู้ว่าเมื่อไหร่ควรให้การช่วยเหลือหรือให้การช่วยเหลืออย่างไร

5.5 ความมั่นใจในตนเอง (Self-Confidence) ความมั่นใจในตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจในคลินิกและจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นในเรื่องการคิดวิเคราะห์และความสามารถในการแก้ปัญหา ระดับความมั่นใจในตนเองมีผลต่อความสามารถในการแสดงทักษะที่ถูกต้อง

## ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง

ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองมีขั้นตอน ดังนี้ (Joyce, Weil & Showers, 2010; วงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมุลีและจิตติอาภา ตั้งคำวนิช, 2559)

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เตรียมทีมผู้สอน ทีมผู้สอนต้องได้รับการเตรียมเพื่อให้มีความรู้และสามารถปฏิบัติงานได้ตั้งแต่การสร้างสถานการณ์จำลอง การนำสถานการณ์จำลองลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ การควบคุมการทำงานของหุ่นและโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ เตรียมการอภิปรายสรุปและสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้ ผู้สอนต้องเตรียมวางแผนการสอนว่าจะต้องใช้ผู้สอนกี่คน แต่ละคนทำหน้าที่อะไรบ้างและศึกษาสถานการณ์จำลองมาอย่างละเอียด ประชุมเตรียมความพร้อมทุกครั้งก่อนสอน ชักซ้อมการใช้สถานการณ์และอุปกรณ์ต่าง ๆ ก่อนใช้ดำเนินการสอนจริง

1.2 การเตรียมผู้เรียน ผู้เรียนต้องได้รับการเตรียมก่อนเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง โดยอธิบายถึงวิธีการเรียน การเตรียมตัว การใช้หุ่นจำลอง อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ นอกจากนี้ผู้เรียนต้องศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์จำลองมาก่อน เน้นย้ำให้ผู้เรียนแสดงบทบาทที่ตนเองได้รับให้เสมือนจริง ร่วมมือในการเรียนการสอนทุกขั้นตอน ปฏิบัติตามกฎกติกาและตั้งใจเรียน

1.3 การเตรียมสถานการณ์จำลอง มีความเกี่ยวข้องกับหุ่นจำลองและโปรแกรมการควบคุมอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ต้องใช้ สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องหรือบุคคล เช่น แพทย์ ญาติผู้ป่วย สถานการณ์

### 2. ขั้นสอน

2.1 การอธิบายก่อนการปฏิบัติ เป็นการแนะนำและเตรียมการ ผู้สอนจะบอกวัตถุประสงค์การเรียนรู้ บทบาทผู้สอน บทบาทผู้เรียน อธิบายสถานการณ์จำลอง อุปกรณ์ สิ่งแวดล้อม บุคคล กฎ ระเบียบ เน้นความเคารพผู้ป่วย ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ถามความรู้สึกและความคาดหวังของผู้เรียนและเปิดโอกาสให้ซักถาม

2.2 การปฏิบัติตามสถานการณ์จำลอง ในขณะที่ผู้เรียนปฏิบัติ ผู้สอนต้องคอยสังเกตพฤติกรรม เป็นผู้ช่วยให้การปฏิบัติของนักเรียนให้ดำเนินไปได้ด้วยดี หากผู้เรียนไม่สามารถปฏิบัติได้หรือต้องการความช่วยเหลือ ผู้สอนต้องสามารถควบคุมสถานการณ์โดยการให้ข้อมูลเพิ่มเติม ปรับเปลี่ยนข้อมูลหรือสิ่งกระตุ้นบางอย่างเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2.3 การอภิปรายสรุปและสะท้อนคิดหลังเรียน เป้าหมายของการอภิปรายสรุปและสะท้อนคิดหลังเรียนคือต้องการให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้เรียนและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด สามารถเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติได้ และเปิดโอกาสให้อธิบายเหตุผลในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ดังกล่าว รูปแบบการอภิปรายสรุปและสะท้อนคิดทำได้หลายรูปแบบ เช่น ในขั้นตอนแรกให้สอบถามความรู้สึกของผู้เรียนต่อสถานการณ์และต่อตนเอง อาจให้ผู้เรียนที่อยู่ในกลุ่มสังเกตการณ์ร่วมสะท้อนความรู้สึกร่วมและพฤติกรรม ผู้สอนจะสะท้อนในสิ่งที่ผู้เรียนทำได้ดีและส่วนที่บกพร่อง ไม่ตำหนิ แต่เน้นการให้กำลังใจและเสริมแรงทางบวก และสุดท้ายผู้สอนจะเน้นการนำไปใช้ โดยใช้คำถามกระตุ้นให้คิดว่าผู้เรียนความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากสถานการณ์จำลองไปใช้จริงอย่างไร

### 3. ชั้นประเมินผล

3.1 การประเมินผลตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เช่น ประเมินความรู้และการใช้ความรู้ ประเมินเทคนิคการพยาบาล ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย การสังเกตอาการ การตัดสินใจ อาจประเมินเทคนิคอื่นที่ไม่ใช่เทคนิคทางการพยาบาล เช่น การติดต่อสื่อสาร การทำงานเป็นทีม

3.2 การประเมินปัญหาอุปสรรคในการเรียนการสอน เพื่อใช้ปรับปรุงการเรียนการสอนให้ดีขึ้น

### การอภิปรายสรุปและสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง (Debriefing)

การสรุปผลการเรียนรู้และสะท้อนคิดภายหลังการเข้าเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงหรือที่เรียกว่า Debriefing เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก การสรุปผลการเรียนรู้จะช่วยให้เกิดการสะท้อนคิด (Reflective Thinking) และสะท้อนกลับ (Feedback) การกระทำของผู้เรียนที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง ว่ามีจุดใดที่ทำได้ดี จุดใดที่ทำได้ไม่ดี ต้องปรับปรุง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถของผู้เรียน และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดในอนาคต กล่าวได้ว่าการสรุปการเรียนรู้ภายหลังการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง หมายถึงกระบวนการสนทนาแบบสองทางระหว่างผู้เรียนและผู้สอน โดยมีเป้าหมายต้องการให้ผู้เรียนเกิดการสะท้อนคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง

**รูปแบบการสรุปการเรียนรู้** มีหลายรูปแบบ ผู้สอนสามารถเลือกรูปแบบการเรียนรู้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเป็นแนวทางในการสรุปผลการเรียนรู้ เพื่อให้การสรุปผลการเรียนรู้มีประสิทธิภาพ ดังนี้

การสรุปการเรียนรู้ด้วยโมเดลของ GAS เหมาะกับผู้สอนที่มีประสบการณ์ โดยดำเนินการดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูล (Gathering Data) ผู้สอนต้องรับฟังและทำความเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ พฤติกรรมของผู้เรียนที่แสดงออกในสถานการณ์จำลอง ผู้สอนควรตั้งคำถามเพื่อให้ผู้เรียนบอกเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง โดยให้ผู้เรียนแต่ละคนเล่าเหตุการณ์ในสถานการณ์จำลองว่าเกิดอะไรขึ้น เช่น ถามว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองเป็นเหตุการณ์เกี่ยวกับโรคหรือสถานการณ์อะไร ผู้สอนควรใช้คำถามซักถามผู้เรียนแต่ละคนเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลเหตุการณ์ที่ละเอียดชัดเจน

2. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง เช่น รู้สึกอย่างไรต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นักศึกษาทำอะไรเมื่อเกิดเหตุการณ์นี้ ทำไมนักศึกษาถึงแสดงพฤติกรรมหรือตัดสินใจอย่างนั้น สิ่งใดที่นักศึกษาคิดว่านักศึกษาทำได้ดีในสถานการณ์จำลอง สิ่งใดที่นักศึกษายังทำได้ไม่ดีหรืออยากปรับปรุงให้ดีขึ้น

3. การสรุป (Summary) เป็นการสรุปบทเรียนที่ได้รับจากสถานการณ์จำลอง โดยตั้งคำถามให้ผู้เรียนสรุปประเด็นที่ได้จากการสถานการณ์จำลอง บอกถึงวิธีการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ครั้งต่อไปที่นักศึกษาอาจได้พบเจอ เช่น ถ้าหากเจอสถานการณ์เช่นนี้อีกนักศึกษาจะอย่างไร นักศึกษาจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ที่ได้ในครั้งนี้ไปใช้อย่างไร

การสรุปการเรียนรู้ด้วยโมเดลของ Steinwachs (1992) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการอธิบาย (Descriptive Phase) เป็นการให้ผู้เรียนตอบคำถาม “What” ซึ่งก็คือเกิดอะไรขึ้นในสถานการณ์จำลอง ผู้สอนให้ผู้เรียนบรรยายความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง โดยใช้

คำถามที่มีคุณลักษณะปลายเปิด ให้ผู้เรียนเล่าเหตุการณ์ตามที่รู้สึก โดยที่ไม่มีการตัดสินการกระทำที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ว่าถูกต้องหรือไม่

ระยะที่ 2 ระยะการวิเคราะห์ (Analysis Phase) ทำความเข้าใจสถานการณ์ในลักษณะ “How” และ “Why” ผู้สอนให้ผู้เรียนวิเคราะห์สถานการณ์จำลองว่าทำไมจึงเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ วิเคราะห์สิ่งที่ผู้เรียนทำได้ดี และสิ่งที่ผู้เรียนบกพร่อง ชื่นชมสิ่งที่ผู้เรียนทำได้ดี ไม่ตำหนิสิ่งที่ผู้เรียนทำบกพร่อง แต่จะเน้นการให้กำลังใจ เสริมแรงบวกให้ผู้เรียน

ระยะที่ 3 ระยะการนำไปใช้ (Application Phase) ผู้สอนให้ผู้เรียนสรุปผลการเรียนรู้และเชื่อมโยงความรู้ไปพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานจริงในอนาคต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัย (Patient Safety) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์แนวทางการนำความรู้ที่ได้ในสถานการณ์จำลองไปสู่การปฏิบัติ ในสถานการณ์จริงในลักษณะ “Now What” ทั้งในบทบาทของตนเองและทีม

จำนวนผู้เข้าร่วมสรุปการเรียนรู้ ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของสถานการณ์จำลองและจำนวนของผู้เรียน หากเป็นสถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อน ผู้เข้าร่วมในสรุปการเรียนรู้จะมีเฉพาะผู้เรียนและผู้สอนที่อยู่ในสถานการณ์จำลอง แต่ถ้าเป็นสถานการณ์ที่ซับซ้อนและมีผู้เรียนหลายคน อาจจะต้องเพิ่มบทบาทของผู้สังเกตการณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนยิ่งขึ้น

การสรุปผลการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันตรวจสอบประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองผ่านการสะท้อนคิด เพื่อช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะการให้เหตุผลทางคลินิก การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตัดสินใจทางการแพทย์ หลักการสรุปผลการเรียนรู้ประกอบด้วยรูปแบบการสรุปผลการเรียนรู้ วิธีการสรุปผลการเรียนรู้ บทบาทผู้สอน บทบาทผู้เรียน สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศ การใช้คำถามและระยะเวลา (สมจิตต์ สินธุชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2559) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบการสรุปผลการเรียนรู้ การสรุปผลการเรียนรู้ใช้กระบวนการสะท้อนคิดมีหลายรูปแบบเช่น การสรุปการเรียนรู้แบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง ขั้นตอนที่สำคัญของการสรุปการเรียนรู้คือการบรรยายเหตุการณ์ การวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนสำหรับสถานการณ์ต่อไป รูปแบบการสะท้อนคิดของกิบส์ (Gibbs’s Reflective Cycle) (Chong, 2009) มี 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) บรรยายเหตุการณ์ (Description) ว่า “มีอะไรเกิดขึ้น” 2) เล่าความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Feelings) 3) ประเมินความคิดเห็นต่อสถานการณ์ (Evaluation) ว่า “เรื่องใดที่ทำได้ดีและเรื่องใดที่อยากจะทำให้ดีขึ้น” 4) วิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis) โดยเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีและประสบการณ์ที่มีสู่การปฏิบัติ บอกแนวทางที่จะใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 5) สรุป (Conclusion) หลักการแนวคิดที่นำไปปฏิบัติหรือประยุกต์ในสถานการณ์ใหม่ และ 6) วางแผนการกระทำสำหรับอนาคต (Action Plan) เช่น ถามว่า “จะอย่างไรถ้าเจอสถานการณ์เช่นนี้อีก”

## 2. วิธีการสรุปผลการเรียนรู้ วิธีการสรุปผลการเรียนรู้มีหลายวิธี ดังนี้

2.1 สรุปการเรียนรู้ในขณะที่ผู้เรียนอยู่ในสถานการณ์จำลอง ขณะกำลังสอนในสถานการณ์จำลอง ผู้สอนอาจพบว่าผู้เรียนไม่สามารถแสดงพฤติกรรมได้ ผู้เรียนไม่รู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรต่อสถานการณ์นั้น ทำให้สถานการณ์ไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้ ผู้สอนสามารถหยุดสถานการณ์จำลองและแนะนำผู้เรียนเพิ่มเติมว่า ผู้เรียนต้องทำอะไร เพื่อให้ผู้สอนสามารถดำเนินการจำลองต่อไปได้ การชี้แนะของผู้สอนนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความมั่นใจแสดงพฤติกรรมที่คาดหวังในสถานการณ์จำลองมากขึ้นและประสบความสำเร็จในการเรียนรู้

2.2 สรุปผลการเรียนรู้ภายหลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลองในกลุ่มย่อย ผู้สอนอาจดำเนินการสรุปผลการเรียนรู้ข้างเตียงผู้ป่วยทันที หากผู้สอนต้องการให้คำแนะนำหรือแสดงวิธีการปฏิบัติทางการแพทย์บางอย่างที่ต้องใช้ผู้ป่วยหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นสื่อการสอนหรือผู้สอนไม่ยอมให้ผู้เรียนสัมผัสสถานการณ์นั้นเพราะเห็นว่าเป็นสถานการณ์ที่สำคัญ หากทิ้งเวลาให้นานออกไปผู้เรียนอาจจะจำเหตุการณ์นั้นไม่ได้ เช่น ผู้สอนต้องการแสดงการประเมินสภาพผู้ป่วย การฟังเสียงหายใจที่ผิดปกติ การแปลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผู้สอนอาจจะไม่สรุปการเรียนรู้ข้าง

เพียงผู้ป่วยทันที แต่สรุปการเรียนรู้ในห้องเรียนกลุ่มย่อยก็ได้ แต่ไม่ควรทิ้งระยะเวลาอันยาวนานเกินไปเพราะผู้สอนและผู้เรียนอาจจำรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ทั้งหมด

2.3 สรุปผลการเรียนรู้โดยใช้เทปที่บันทึกสถานการณ์จำลอง โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงขั้นสูง จะมีอุปสรรคในการบันทึกภาพขณะดำเนินการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ผู้สอนอาจนำเทปบันทึกภาพสถานการณ์จำลองมาเปิดให้ผู้เรียนได้ดูและทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การสรุปผลการเรียนรู้แบบนี้อาจใช้เวลาอันยาวนานมากขึ้นเพราะต้องนำเทปบันทึกมาดูทั้งหมดและหยุดเพื่อสรุปการเรียนรู้เป็นระยะ แต่ก็มิใช่ข้อดีคือผู้สอนและผู้เรียนสามารถทบทวนรายละเอียดในสถานการณ์จำลองได้หมด

2.4 สรุปผลการเรียนรู้โดยใช้แผนผังมโนทัศน์ (Concept Mapping) การสรุปแบบนี้จะช่วยพัฒนาในเรื่องความรู้ การคิดวิเคราะห์และให้เหตุผลได้ดี เพราะแผนผังมโนทัศน์ทำให้ผู้เรียนสามารถเห็นภาพความคิดรวบยอดในรูปแบบที่จับต้องได้ การรวบรวมความคิดรวบยอดต้องใช้ความเข้าใจที่ชัดเจนและแม่นยำทั้งในเรื่องความหมายและความเชื่อมโยงของความคิดรวบยอด จึงทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ ผู้สอนอาจมอบหมายให้ผู้เรียนช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในรูปแบบของแผนผังมโนทัศน์ หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขสถานการณ์ที่ถูกต้อง

2.5 สรุปผลการเรียนรู้โดยใช้แบบบันทึกเหตุการณ์ (Anecdotal Record) ผู้สอนอาจมอบหมายให้ผู้เรียนบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและสะท้อนคิดตามประเด็นที่ผู้สอนกำหนด การบันทึกเหตุการณ์และสะท้อนคิดนี้มีข้อดีคือผู้เรียนมีเวลาในการคิดวิเคราะห์และทำความเข้าใจสถานการณ์ด้วยตนเอง ได้มีเวลาในการใคร่ครวญไตร่ตรองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่มีข้อจำกัดคือขาดกระบวนการปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มหากมอบหมายให้ผู้เรียนแต่ละคนบันทึกเหตุการณ์และการสะท้อนคิดของตนเองเป็นรายบุคคล

3. บทบาทผู้สอน ผู้สอนมีความสำคัญอย่างมากในกระบวนการสรุปผลการเรียนรู้ เนื่องจากผู้สอนจะเป็นผู้ชี้แนะแนวทาง กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิดด้วยตนเอง ให้ข้อมูลป้อนกลับที่สำคัญ ผู้สอนต้องตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นการคิดและการเรียนรู้ ให้ข้อมูลป้อนกลับ และช่วยทำให้ข้อมูลต่าง ๆ ในเหตุการณ์มีความชัดเจน ผู้สอนควรมีทักษะในการตั้งคำถามและการฟังที่ดี ไม่ตัดสินผู้เรียนโดยใช้ความคิดความรู้สึกของตนเองและต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เรียน จึงจะช่วยให้บรรยากาศของการเรียนเป็นไปในเชิงบวก สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ได้ ทักษะที่ผู้สอนควรมี ได้แก่ 1) ทักษะการสังเกต สังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง สังเกตความรู้สึกของผู้เรียนระหว่างอยู่ในสถานการณ์จำลอง ระหว่างการอภิปราย สังเกตการตอบสนองของผู้เรียน 2) ทักษะการฟัง ผู้สอนต้องฟังผู้เรียนอย่างตั้งใจ รับฟังในทุกความคิดเห็น 3) ทักษะการตั้งคำถามที่กระตุ้นการสะท้อนคิดและกระตุ้นการเรียนรู้ และ 4) ทักษะการให้ข้อมูลย้อนกลับและการสรุปข้อมูล

4. บทบาทผู้เรียน ผู้เรียนถือว่าหัวใจสำคัญในการเรียนรู้ การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผู้เรียนมีหน้าที่ในการค้นคว้าหาความรู้จนนำไปสู่การเกิดองค์ความรู้ได้ด้วยตัวเอง ผู้เรียนต้องเป็นผู้วิเคราะห์การเรียนรู้ของตนเอง ว่ายังมีจุดบกพร่องหรือมีจุดดีในเรื่องใด แล้วนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ดังกล่าวมาวางแผนในการพัฒนาการเรียนรู้ของตนเองในครั้งต่อไป

5. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่ไม่คุกคามผู้เรียนและมีความปลอดภัย จะทำให้ผู้เรียนมีความกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการสะท้อนคิดขณะที่ผู้สอนดำเนินการสรุปผลการเรียนรู้ พฤติกรรม ท่าทางและน้ำเสียงของผู้สอนเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อบรรยากาศในการเรียนรู้ ผู้สอนที่มีบุคลิกภาพกระตือรือร้น น้ำเสียงชัดเจน จำทำให้ผู้เรียนกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ไปด้วย

6. การใช้คำถาม คำถามควรเป็นคำถามปลายเปิดและมุ่งพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ โดยใช้คำถามว่า “เพราะเหตุใด.....” “ทำไมจึงตัดสินใจเช่นนั้น” ผู้สอนควรพัฒนาทักษะการตั้งคำถามที่จะกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิดวิเคราะห์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยฝึกฝนและทบทวนการตั้งคำถามของตนเองบ่อย ๆ

7. เวลา เวลาที่ใช้ในการสรุปผลการเรียนรู้จะแตกต่างกันตามสถานการณ์ที่กำหนด ขึ้นอยู่กับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนด ความซับซ้อนของสถานการณ์หรือลักษณะของกลุ่มผู้เรียนการสรุปผลการเรียนรู้ควรทำ

โดยเร็วหลังสิ้นสุดสถานการณ์ เพื่อไม่ให้ผู้สอนและผู้เรียนลืมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ระยะเวลาสรุปผลการเรียนรู้ ควรใช้เวลาประมาณ 30 นาที หรือ 2-3 เท่าของระยะเวลาที่ใช้ในสถานการณ์จำลอง

การสรุปผลการเรียนรู้ควรมีประสิทธิภาพ (Motola, Devine, Chung, Sullivan, & Issenberg, 2013) มีขั้นตอนดังนี้

1. การวางแผนก่อนทำ (Debriefing Plan) ได้แก่ การวางแผนว่าจะดำเนินการ Debriefing เมื่อไรและอย่างไร เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจจำเป็นต้องมีการเตรียมมาตรฐานการดูแลหรือแนวปฏิบัติไว้เป็นองค์ความรู้พื้นฐานสำหรับการดำเนินการ Debriefing นอกจากนี้ผู้สอนต้องเตรียมรับมือกับสิ่งที่ไม่คาดฝันในขณะจัดการเรียนการสอน เช่น พฤติกรรมการแสดงออก ความรู้ความเข้าใจของผู้เรียนที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการปรับทัศนคติหรือแนวคิดของผู้เรียนให้ถูกต้องในขณะ Debriefing รวมทั้งวางแผนกำหนดประเด็นสำคัญในการทำ Debriefing ทั้งนี้ไม่แนะนำให้ทำ Debriefing ในทุกแห่งทุกมุม แต่ให้ทำเฉพาะประเด็นสำคัญและสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้

2. การเตรียมผู้เรียนก่อนการทำ Debriefing (Pre-Debriefing) ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมาก ผู้สอนต้องเตรียมผู้เรียนก่อนการทำ Debriefing โดยการชี้แจงกติกาศึกษาและความคาดหวังของผู้สอน เพื่อให้ผู้เรียนรับทราบก่อนการทำ Debriefing และผู้สอนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้เรียนได้รู้ว่าการทำ Debriefing จะอยู่บนพื้นฐานของสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เป็นความลับ ไม่คุกคามผู้เรียนทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้เรียนได้รับทราบบทบาทและความคาดหวังที่มีต่อตนเองและสามารถสะท้อนความรู้สึกลงในประเด็นต่าง ๆ อย่างเต็มที่

3. การดำเนินการ Debriefing (Provide Debriefing) ดำเนินการได้ 2 รูปแบบ

3.1 การทำ Debriefing ขณะทำสถานการณ์จำลอง โดยอาศัยการตอบสนองของหุ่นจำลองเป็นสื่อกลาง เพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้ของผู้เรียนในระหว่างการทำสถานการณ์จำลอง เช่น การเรียนในสถานการณ์จำลองเพื่อฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง ผู้สอนสามารถกำหนดให้หุ่นจำลองตอบสนองไปในทางที่ดีขึ้น หากได้รับการรักษาที่ถูกต้องหรือตอบสนองไปในทางที่แยกลงหากผู้เรียนให้การดูแลรักษาผิดพลาด เป็นต้น

3.2 การทำ Debriefing ภายหลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง ในการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองแต่ละครั้ง ผู้เรียนอาจใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยตามสถานการณ์จำลองเพียง 5-15 นาที แต่ช่วงเวลาของการทำ Debriefing ควรใช้ระยะเวลายาวนานกว่า 2-3 เท่า ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดวิเคราะห์และพิจารณาถึงจุดเด่น จุดด้อยหรือโอกาสพัฒนาตนเองหรือทีม โดยมีผู้สอนคอยรับฟังและกระตุ้นด้วยคำถาม มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือเกิดมุมมองใหม่ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองหรือทีมในที่สุดและได้ผลลัพธ์สุดท้ายคือความปลอดภัยของผู้ป่วย

## สรุป

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองมีข้อดีในการลดความความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากการฝึกเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเป็นการเรียนรู้ที่ไม่จำกัด โดยเฉพาะการฝึกดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยวิกฤติหรือเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่ค่อยได้พบบ่อยในสภาพความจริง ผู้สอนสามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อการปฏิบัติงาน แม้ผู้เรียนจะกระทำผิดพลาดจนอาจเกิดอันตราย แต่ก็ไม่เกิดอันตรายต่อหุ่นจำลอง ซึ่งตรงข้ามกับการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องการได้เร็วขึ้นและดีขึ้น รวมทั้งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้เรียนเพราะผู้เรียนสามารถฝึกซ้ำได้บ่อยเท่าที่ต้องการจนเกิดความชำนาญ การใช้สถานการณ์จำลองยังช่วยพัฒนาทักษะอื่นที่จำเป็น เช่น การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การคิดวิเคราะห์ เป็นต้น การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองมีข้อดี แต่ก็มีข้อจำกัดด้วยเช่นกัน เพราะการจัดสิ่งแวดล้อมในบางสถานการณ์ ผู้สอนอาจไม่สามารถจัดสภาพแวดล้อมได้ตรงกับสถานการณ์จำลองทั้งหมดได้ เช่น ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากมีพื้นที่จำกัด มีสถานการณ์จำลองที่หลากหลาย อุปกรณ์ทางการแพทย์เสมือนจริงมีราคาแพง จึงอาจใช้วิธีการเขียนป้ายบอกสถานการณ์จำลองแทน การใช้หุ่นจำลองอาจทำให้ผู้เรียนยากที่จะเข้าถึงจิตใจที่แท้จริงของผู้ป่วย จึงอาจใช้วิธีให้

ผู้เรียนไปศึกษาจากสถานการณ์จริงหรือให้ผู้เรียนที่มีประสบการณ์ตรงเล่าให้ผู้เรียนอื่นฟัง การที่จะแสดงให้เห็นเหมือนจริงขึ้นอยู่กับความรู้สึของผู้เรียนรวมถึงผู้สอนและหุ่นจำลอง การมีปฏิสัมพันธ์กับหุ่นจำลอง เช่น เมื่อหุ่นจำลองพูดแล้วผู้เรียนพูดตอบโต้ได้ จะทำให้มีความเหมือนจริงมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ความเหมือนจริงในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจและสามารถเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ผู้สอนที่สนใจการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองควรศึกษาทำความเข้าใจในแนวคิดและขั้นตอนในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ข้อดีและข้อจำกัดของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อให้ผู้สอนสามารถออกแบบการเรียนการสอนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามที่ต้องการ

### ข้อเสนอแนะ

1. การออกแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ผู้สอนต้องกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ หรือวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้สอนสามารถสร้างสถานการณ์จำลองที่เหมาะสมและส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ
2. กระบวนการขึ้นสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญมากเพราะเป็นช่วงเวลาที่ผู้สอนและผู้เรียนจะได้มีโอกาสให้และรับข้อมูลป้อนกลับ รวมทั้งการสะท้อนคิด การสรุปแนวคิด และหลักการที่สำคัญที่ได้จากสถานการณ์จำลอง ซึ่งจะช่วยพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้เรียนต่อสถานการณ์จำลองที่เกิดขึ้นและพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล อาจารย์ผู้สอนจะต้องมีความรู้ และทักษะในการสะท้อนคิดและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียน เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการคิดเชื่อมโยงความรู้ ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
3. ผู้ที่จะสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงควรได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งทักษะการตั้งคำถาม การให้ข้อมูลป้อนกลับและการสะท้อนคิด เพื่อให้สามารถใช้ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองได้อย่างมีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนได้ตามเป้าหมายที่กำหนด
4. การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการจัดการเรียนการสอน จำเป็นต้องใช้หุ่นจำลองที่มีความเหมือนจริงสูงและโปรแกรมควบคุม อาจารย์ผู้สอนต้องเรียนรู้การใช้งานหุ่นและโปรแกรมควบคุมอย่างดี เพื่อให้สามารถใช้งานหุ่นและโปรแกรมควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือสามารถแก้ไขปัญหาได้เมื่อเกิดปัญหาในการใช้งาน ระหว่างการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองอาจเกิดปัญหาที่จำเป็นต้องหยุดสถานการณ์ เพราะหุ่นหรือโปรแกรมควบคุมมีปัญหาในการใช้งาน ผู้สอนต้องสามารถแก้ไขได้เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้

### References

ทิตินา ขมมณี. (2552). *รูปแบบการเรียนการสอน: ทางเลือกที่หลากหลาย*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมณี และฐิติอาภา ตั้งคำวานิช. (2559). การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง สำหรับนิสิตนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(2), 1-14.

สมจิตต์ ลินจุชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2559). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้จัดการเรียนการสอน. *วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 18(4), 29-38.

Black, P. B., & Chitty, K. K. (2011). *Professional Nursing: Concept & Challenge*. Missouri: Mosby.

Chong, C. (2009). Is Reflective Practice a Useful Task for Student Nurse. *Asian Nursing Research*, 3(3), 111-120.



- Ckickering, A. W., & Reisser, L. (1993). *Education and Identity*. San Francisco: Jasey-Bass.
- Groom, J. A., Handerson, D., & Sittner, B. J. (2014). NLN/Jeffries Simulation Framework State of Science Project: Simulation Design Characteristic. *Clinical Simulation in Nursing, 10*, 337-344.
- Hallmark, B. F., Thomas, C. M., & Gantt, L. (2014). The Educational Practices Construct of the NLN/Jeffries Simulation Framework: State of Science Project: Simulation Design Characteristic. *Clinical Simulation in Nursing, 10*, 345-352.
- Jefferies, P. R. (2005). A Framework for Designing, Implementing, and Evaluating Simulations Used as Teaching Strategies in Nursing. *Nurs Educ Perspect, 26*, 96-103.
- Jefferies, P. R. (2008). Getting in S.T.A.P. with Simulation: Simulations Take Educator Preparation. *Nurs Educ Perspect, 29*(2), 70-73.
- Joyce, B. R., Weil, M., & Showers, B. (2010). The Effects of Cooperative Learning Experience on Eighth Grade Students's Achievement and Attitude Toward Science. *Education 2010, 131*(1), 169-180.
- Motola, I., Devine, L. A. Chung, H. S., Sullivan, J. E., & Issenberg, S. B. (2013). Simulation in Healthcare Education: a Best Evidence Practical Guide. *AMEE Guide No.82. Med Teach, 35*, e1511-1530.
- Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). *Handbook of Self and Identity*. London: Guilford Press.
- Steinwachs, B. (1992). How to Facilitate a Debriefing. *Simulation & Gaming, 23*(2), 186-195.

ความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดของเด็กวัยเรียนอายุ 5-9 ปี  
และกลไกการดำเนินงานทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2562  
Survival Swimming Knowledge of School-Age Children (5-9 years old) and the  
Operation Mechanism of MERIT MAKER TEAM (Copper Level)  
of Regional Health 12 in 2019

พนทิพย์ พริกชู<sup>1\*</sup> และนฤมล รักษายศ<sup>1</sup>  
Fonthip Prikchoo<sup>1</sup> and Narumol Raksayot<sup>1</sup>  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา<sup>1\*</sup>

The office of Disease Prevention and Control 12, songkhla province

(Received: October 14, 2020; Revised: April 11, 2021; Accepted: April 12, 2021)

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ใช้วิธีเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดของเด็กวัยเรียนอายุ 5-9 ปี และศึกษากลไกการดำเนินงานทีมผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำระดับทองแดง ในเขตสุขภาพที่ 12 กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนที่มีอายุระหว่าง 5-9 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานกระทรวงศึกษาธิการจำนวน 568 คน และทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง ปี 2561 จำนวน 11 ทีม เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินผลกรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด และแบบสัมภาษณ์กลไกการขับเคลื่อนงานทีมผู้ก่อการดี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. นักเรียนมีความรู้เรื่องการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.27 เรื่องความปลอดภัยทางน้ำที่ตอบถูกมากที่สุด คือ “เมื่อจะไปเล่นน้ำควรไปกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง” ร้อยละ 98.77 การเอาชีวิตรอดในน้ำที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ “สามารถว่ายน้ำท่าใดก็ได้เป็นระยะทาง 25 เมตร” ร้อยละ 23.77 นักเรียนร้อยละ 53.0 ไม่ทราบว่าถึง กะละมังอาบน้ำเด็ก กระติกน้ำ สามารถทำให้เด็กจมน้ำได้ และพบว่าเด็กเกินครึ่ง (ร้อยละ 55.11) เมื่อพบคนจมน้ำจะกระโดดลงไปช่วยทันทีเพราะว่ายน้ำเป็น

2. กลไกการดำเนินงานทีมผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ เริ่มต้นจากมีสถานการณ์เด็กจมน้ำเสียชีวิตในพื้นที่ หน่วยงานท้องถิ่นและสาธารณสุขจึงมีการคืนข้อมูลทำให้ชุมชนเห็นถึงปัญหา และร่วมกันหามาตรการป้องกัน โดยมีการบูรณาการงานจากหลายภาคส่วน กิจกรรมประกอบด้วยการสำรวจและจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง ติดตั้งป้าย/อุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำ ให้ความรู้ในชุมชน/สถานบริการสาธารณสุข/โรงเรียน สอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด สอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และสื่อสารประชาสัมพันธ์ ทีมผู้ก่อการดีส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดให้สามารถช่วยเหลือตัวเองเบื้องต้น เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่สามารถลดการเสียชีวิตเด็กจมน้ำได้

ปัจจัยความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาการป้องกันเด็กจมน้ำให้มีประสิทธิภาพได้นั้น จำเป็นต้องมีการคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อให้ทราบสถานการณ์ รวมทั้งมีภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน จิตอาสา และประชาชนในพื้นที่ที่เข้มแข็ง และต้องให้โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จึงจะสามารถขับเคลื่อน และขยายผลต่อไปได้อย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด, ทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sorvore\_12@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7394676)

## Abstract

This descriptive study was conducted by quantitative and qualitative methods to evaluate knowledge about survival swimming of school-age children (5-9 years old) and explored the operation mechanism of MERIT MAKER TEAM (Copper level) to prevent child drowning in Regional Health 12. Participants were 568 school-age children (5-9 years old) studying in primary schools under the Office of the Basic Education Commission, Ministry of Education in Regional Health 12 and also 11 MERIT MAKER TEAMS (Copper Level) in 2019. Data were collected by using survival swimming evaluation forms and interview guidelines linked to the operation mechanism of MERIT MAKER TEAM. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and qualitative data were analyzed by content analysis. The results revealed that:

1. there were 58.27% of students having knowledge about survival swimming at a moderate level which most correct answer was about water safety linking to “When going to play in the water, you should go with your parents or guardians” with 98.77%. However, the lowest percentage of practical survival in the water was "The ability to swim in any postures for 25 meters" with 23.77%. In addition, more than 50% percent of the participants did not know that buckets of water, baby bathtubs and cooler boxes can cause drowning in children (53.0%) and also may jump into the water immediately to help drowning people based on their swimming ability (55.11%).

2. the operation mechanism of MERIT MAKER TEAM to prevent drowning started with the case of child drowning death occur in the area. The local administrative organizations and the public health organizations then provided the information reporting to community for problem awareness. The preventive strategies were set by integrated and related sectors which included activities linked to surveying and managing risk water sources, providing warning signs/life vest equipment and health education in communities/public health facilities/schools, teaching swimming for life survival, resuscitation and how to give essential communication. Most of MERIT MAKER TEAM agreed that swimming courses for life survival was the best way to reduce child drowning deaths.

There were key successful and effective factors related to this situation including: providing or reporting the information to community for problem recognition; having strong networks involving public and private sectors, volunteers and local people; and assigning schools and local administrative organizations to participate and take path in leading, running, continuing the project for further extending and sustaining the operation.

**Keyword:** Survival Swimming, MERIT MAKER TEAM (Copper Level)

## บทนำ

การจมน้ำเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากสาเหตุการบาดเจ็บ (Injury) จากรายงานการจมน้ำระดับโลก (Global Report on Drowning) ขององค์การอนามัยโลกพบว่าคนที่จมน้ำเสียชีวิต มากกว่าร้อยละ 50 อยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี ทั้งนี้ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี พบว่าการจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 เสียชีวิตปีละ 140,219 คน เฉลี่ยวันละ 384 คน รองจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) และเอดส์ (HIV)

(WHO, 2014) สำหรับประเทศไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2551-2560) พบว่ามีเด็กจมน้ำเสียชีวิตเฉลี่ยสูงถึง 957 คนต่อปี หรือวันละเกือบ 3 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

การเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำของเด็กไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ.2542-2548 และเริ่มมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2549 ภายหลังจากกรมควบคุมโรค และหน่วยงานเครือข่ายเริ่มดำเนินการในมาตรการต่าง ๆ โดยลดลงมากกว่าร้อยละ 50 โดยนับตั้งแต่ปลายปี 2549 เด็กไทยจมน้ำเสียชีวิตปีละ 1,500 คน หรืออัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสมคนอยู่ในช่วง 9.1-11.5 และปี พ.ศ.2559 ลดลงเหลือ 713 คน หรือมีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสมคนเท่ากับ 6.2 อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าก่อนปีพ.ศ.2558 กลุ่มอายุ 5-9 ปี มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงที่สุด แต่หลังจากปีพ.ศ.2558 เป็นต้นมาพบว่ากลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นกลุ่มที่เสียชีวิตที่สูงที่สุด เพศชายมีอัตราการเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่าตัว ช่วงเดือนเมษายนเป็นช่วงที่มีเด็กจมน้ำเสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือมีนาคมและพฤษภาคม ซึ่งช่วงดังกล่าวเป็นช่วงฤดูร้อน และปิดภาคการศึกษา วันเสาร์ และวันอาทิตย์จะมีการจมน้ำสูงสุด และช่วงเวลา 15.00-17.59 น. เป็นช่วงที่มีการเกิดเหตุสูงสุด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด รองลงมาคือภาคใต้ ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) และภาคเหนือ แหล่งน้ำที่มีเด็กเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำสูงที่สุดคือ แหล่งน้ำธรรมชาติ ร้อยละ 39.2 รองลงมาคืออ่างอาบน้ำ ร้อยละ 6.8 และสระว่ายน้ำ ร้อยละ 2.7 (สุชาติา เกิดมงคลการ, สัม เอกเฉลิมเกียรติ และกาญจณีย์ ตำนาคแก้ว, 2558) ทั้งนี้การจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY) อันดับที่ 3 ในเด็กชาย (DALY = 26,000 ปี) และอันดับที่ 6 ในเด็กหญิง (DALY = 10,000 ปี) (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2559)

จากการประเมินผลของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคปีพ.ศ.2556 พบว่าเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี ว่ายน้ำเป็นร้อยละ 23.7 และว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดได้ (มีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ และทักษะการช่วยผู้ประสบภัยทางน้ำ) ร้อยละ 4.4 ทั้งนี้เด็กที่เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด จะมีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ และทักษะการช่วยผู้ประสบภัยทางน้ำ มากกว่าเด็กที่ไม่ได้เรียนถึง 7.4 เท่า, 20.7 เท่า และ 2.7 เท่า ตามลำดับ (สุชาติา เกิดมงคลการ, สัม เอกเฉลิมเกียรติ และคณะ, 2557) และจากการสำรวจการใช้เสื้อชูชีพในปี พ.ศ.2558 พบว่า ประเทศไทยยังมีการใช้ค่อนข้างต่ำ ในกลุ่มเด็กมีการสวมเสื้อชูชีพที่ถูกต้อง ร้อยละ 6.0 ขณะที่ในทุกกลุ่มอายุมีเพียงร้อยละ 4.2 ที่มีการสวมเสื้อชูชีพที่ถูกต้อง (สุชาติา เกิดมงคลการ, สัม เอกเฉลิมเกียรติ และกิ่งกาญจณี จงสุขไกล, 2558) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการจมน้ำสรุปได้ 2 ปัจจัยที่สำคัญคือ 1) ปัจจัยด้านตัวบุคคล คือตัวเด็กเอง ซึ่งความเสี่ยงของเด็กขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย พัฒนาการ พฤติกรรม และโรคประจำตัวของเด็กแต่ละคน และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การมีแหล่งน้ำใกล้ตัวเด็กซึ่งทำให้เด็กสามารถเข้าถึงได้ง่าย การไม่มีรั้วรอบแหล่งน้ำเพื่อแบ่งแยกเด็กออกจากแหล่งน้ำ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ในครอบครัวที่พ่อแม่ต้องทำงาน ทำให้เด็กขาดผู้ดูแลหลัก เด็ก/ผู้ดูแล/ชุมชน ไม่รู้สึกว่าเป็นความเสี่ยงของเด็ก ผู้ช่วยเหลือใกล้เคียงไม่มีความรู้ในการกู้ชีพหรือปฐมพยาบาลผิวดิถี สถานพยาบาลทางการแพทย์ใกล้ชุมชน ไม่มีความพร้อมในการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉิน (สุชาติา เกิดมงคลการ, สัม เอกเฉลิมเกียรติ และกาญจณีย์ ตำนาคแก้ว, 2558)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็กและผู้ใหญ่มีความแตกต่างกัน เด็กเล็กมีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแลเด็ก และการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านและละแวกบ้าน พฤติกรรมของเด็กในการปฏิบัติตามกฎแห่งความปลอดภัย และทักษะการว่ายน้ำ-ช่วยคนจมน้ำ ในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปลอดภัยในแหล่งน้ำสาธารณะ การเดินทางทางน้ำ การใช้สารมึนเมา และทักษะการว่ายน้ำช่วยคนจมน้ำ (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, 2549) สำหรับการป้องกันการจมน้ำของเด็ก จำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการในทุกมาตรการ เพราะเด็กแต่ละช่วงอายุจะมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน และนอกจากปัจจัยทางด้านตัวเด็กเองแล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู สิ่งแวดล้อม สภาพเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งการดำเนินการเพียงมาตรการเดียว ไม่ทำให้การจมน้ำเสียชีวิตลดลงมากนัก ดังนั้นกลยุทธ์ “ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ” ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่จะทำให้เกิดการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำอย่างต่อเนื่องและ

ทุกมาตรการ รวมทั้งการดำเนินการโดยใช้การมีส่วนร่วม ของชุมชน ในรูปแบบแบบสหสาขา และใช้ทรัพยากร ที่มีอยู่ในพื้นที่ รวมทั้งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำระดับโลกที่ทุกประเทศเห็นร่วมกันว่า สิ่งสำคัญของการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน

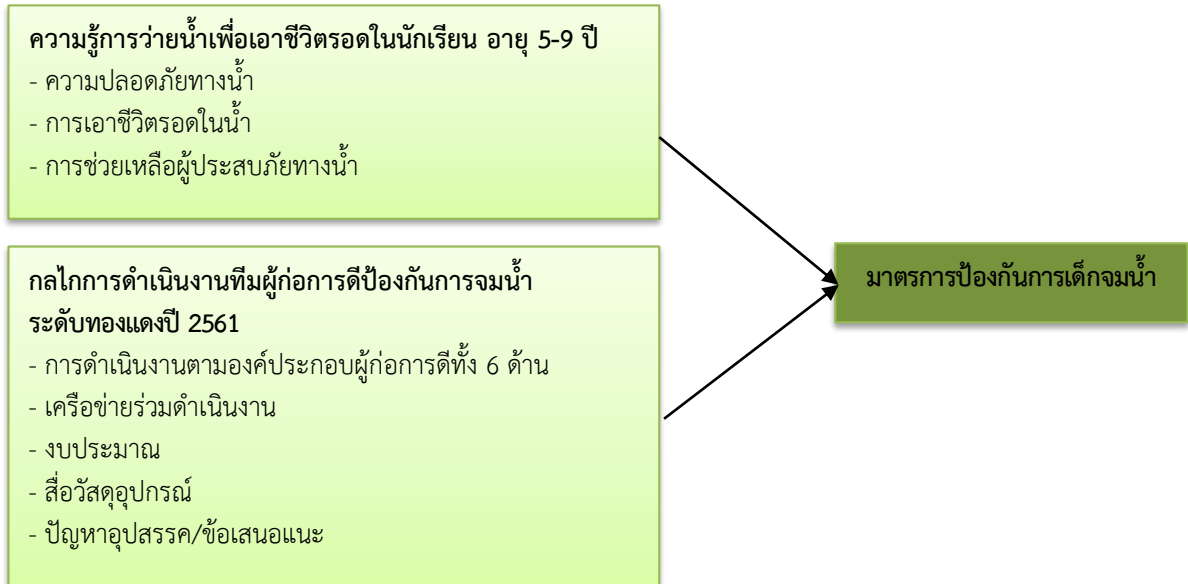
จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ.2557-2561 เขตสุขภาพที่ 12 มีผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 69, 67 60, 74 และ 80 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตรา 5.4, 5.7, 5.4, 6.5 และ 7.2 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จำแนกพื้นที่เสี่ยงโดยใช้ Baseline พ.ศ.2559 พบว่าจังหวัดสตูล และปัตตานีเป็นพื้นที่เสี่ยงมาก (อัตราการเสียชีวิต 7.5 ต่อแสนประชากรขึ้นไป) จังหวัดสงขลา และนราธิวาส เป็นพื้นที่เสี่ยงปานกลาง (อัตราการเสียชีวิต 5.0-7.4 ต่อแสนประชากร) จังหวัดตรัง พัทลุง และยะลาเป็นพื้นที่เสี่ยงน้อย (อัตราการเสียชีวิตน้อยกว่า 5.0 ต่อแสนประชากร) จากสถานการณ์ดังกล่าว ข้างต้น ผู้ศึกษาต้องการสำรวจความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (ความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ และทักษะการช่วยผู้ประสบภัยทางน้ำ) ของเด็กอายุ 5-9 ปี ในเขตสุขภาพที่ 12 เนื่องจากมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง (ค่าเฉลี่ยปี พ.ศ.2552-2561) พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 5-9 ปี เสียชีวิตสูงสุด ร้อยละ 40.2 และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราต่อประชากรแสนคนพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดเช่นเดียวกัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และต้องการทราบกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดโครงการ การตรวจสอบความพร้อมของทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินโครงการ ตลอดจนความเป็นไปได้ในการจัดทำแผนงานโครงการ และผู้เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยเรียน อันจะส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กวัยเรียนต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดของเด็กวัยเรียนอายุ 5-9 ปี ในเขตสุขภาพที่ 12
2. เพื่อศึกษากลไกการดำเนินงานที่ผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำระดับทองแดง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงจากการจมน้ำในกลุ่มเด็กอายุตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป มักเกิดจากปัจจัยด้านตัวเด็กเองที่มักชวนกันไปเล่นน้ำ ประกอบกับเด็กไม่มีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ไม่มีทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ และวิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้อง การป้องกันการจมน้ำจึงจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการในทุกมาตรการ และกลยุทธ์ “ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ” เป็นกลยุทธ์ที่ดำเนินการโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบแบบสหสาขา ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำระดับโลกที่ทุกประเทศเห็นร่วมกันว่า สิ่งสำคัญของการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) ผู้ศึกษาจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณานี้เก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพโดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2562

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. เด็กวัยเรียนทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 5-9 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 378,446 คน

2. ทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดงปี 2561 จำนวน 36 ทีม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. เด็กวัยเรียนทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 5-9ปี โรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตสุขภาพที่ 12 โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งคำนวณได้จากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบขนาดประชากร (Daniel, 1995) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 382 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาด จึงเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มได้ทั้งสิ้น 568 คน

2. สุ่มทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดงปี 2561 ร้อยละ 30 ได้จำนวน 11 ทีม

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินผลการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ โดยข้อความจะครอบคลุมเกี่ยวกับแหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี จมน้ำได้, แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป จมน้ำได้ และความปลอดภัยในการเดินทางทางน้ำ จำนวน 17 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ โดยให้นักเรียนเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่คิดว่าถูกต้องที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการเอาชีวิตรอดในน้ำ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ โดยให้นักเรียนเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่คิดว่าถูกต้องที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความรู้เรื่องการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ โดยให้นักเรียนเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่คิดว่าถูกต้องที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (มีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ การเอาชีวิตรอดในน้ำ และการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 0-59%	(0-14 คะแนน)	หมายถึง	มีความรู้น้อย
คะแนนอยู่ในช่วง 60-79%	(15-19 คะแนน)	หมายถึง	มีความรู้ปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วง 80-100%	(20-25 คะแนน)	หมายถึง	มีความรู้ดี

2. แบบสัมภาษณ์กลไกการขับเคลื่อนงานทีมผู้ก่อการดี จำนวน 16 ข้อ ลักษณะแนวคำถามปลายเปิด แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์เด็กจมน้ำในพื้นที่ การดำเนินงานตามองค์ประกอบ ทั้ง 6 ด้าน เครื่องช่วยที่ร่วมดำเนินงาน งบประมาณที่ใช้ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงาน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. หาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยการศึกษานวนคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงนำกรอบแนวคิดมาช่วยในการกำหนดขอบเขตเนื้อหา เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

2. แบบประเมินความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ใช้แบบประเมินของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว

3. แบบสัมภาษณ์กลไกการขับเคลื่อนงานทีมผู้ก่อการดี นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาเนื้อหา พร้อมกับขอคำแนะนำเพิ่มเติม จากนั้นแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงซักซ้อมทำความเข้าใจให้กับผู้ช่วยวิจัย

2. ทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับผู้รับผิดชอบ

ในพื้นที่ที่ทำการศึกษ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือประสานกลุ่มตัวอย่างเพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. นำเครื่องมือที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่

4. สัมภาษณ์ทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดง จำนวน 11 ทีม ซึ่งเป็นตัวแทนจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ได้แก่ สาธารณสุข, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, สถานศึกษา, สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, มูลนิธิ และผู้นำชุมชน

5. นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล บันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลโดยวิธีการ double entry data จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Choice) และคำถามปลายเปิด (Open-Ended Question) วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ

2. แบบประเมินความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดยข้อคำถามจะครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ การเอาชีวิตรอดในน้ำ และการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ จำนวน 25 ข้อ วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ

3. แบบสัมภาษณ์กลไกการดำเนินงานทีมผู้ก่อการดี โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำเสนอความเรียงประกอบข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยใช้ความถี่

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน

**ตาราง 1** ความถี่และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่ (N= 568)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	254	44.72
หญิง	314	55.28
อายุ : Min = 5 ปี Max = 9 ปี Mean = 7.28 SD = 1.33		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
อนุบาล	191	33.62
ประถมศึกษาปีที่ 1	127	22.36
ประถมศึกษาปีที่ 2	122	21.48
ประถมศึกษาปีที่ 3	128	22.54

จากตาราง 1 พบว่านักเรียนส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 55.28 อายุเฉลี่ย 7 ปี กำลังศึกษาชั้นอนุบาลมากที่สุด ร้อยละ 33.62

### 2. ความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดของเด็กวัยเรียนอายุ 5-9 ปี ในเขตสุขภาพที่ 12

**ตาราง 2** ความถี่และร้อยละของนักเรียน จำแนกตามระดับความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (ผู้ที่ตอบถูก)

ข้อคำถาม	ความถี่ (N= 568)	ร้อยละ	ระดับความรู้
<b>ความปลอดภัยทางน้ำ</b>			
1. แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีจมน้ำได้			
1.1 ถังน้ำ	329	57.92	น้อย
1.2 กะละมัง/อ่างอาบน้ำเด็ก	199	35.04	น้อย
1.3 สระว่ายน้ำยาง	404	71.13	ปานกลาง
1.4 กระติกน้ำ	270	47.54	น้อย
2. แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป จมน้ำได้			
2.1 แอ่งน้ำขัง	410	72.18	ปานกลาง
2.2 โถงขนาดใหญ่	446	78.52	ปานกลาง
2.3 แหล่งน้ำเพื่อการเกษตร	470	82.75	ดี
2.4 บ่อเลี้ยงปลาข้างบ้าน	503	88.56	ดี
3. ความปลอดภัยในการเดินทางทางน้ำ			
3.1 เมื่อจะไปเล่นน้ำ ควรไปกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ใหญ่	561	98.77	ดี
3.2 เมื่อต้องการเล่นน้ำสามารถไปเล่นกับเพื่อนหรือไปโดยลำพังได้	485	85.39	ดี
4. อุปกรณ์ที่ควรนำไปด้วยเมื่อไปเล่นน้ำ			
4.1 เสื้อชูชีพ	537	94.54	ดี
4.2 ขวดน้ำพลาสติกเปล่า/ถังแก๊สพลาสติกเปล่า	292	51.41	น้อย
4.3 ไม่ต้องทำอะไรไปก็ได้ แค่แต่งตัวให้สวย/หล่อ	452	79.58	ปานกลาง
5. กฎแห่งความปลอดภัย			
5.1 ควรกินอาหารก่อนลงเล่นน้ำอย่างน้อย 30 นาที	443	77.99	ปานกลาง
5.2 การว่ายน้ำเวลากลางวัน/ช่วงที่ฝนกำลังตกเป็นอันตราย	396	69.72	ปานกลาง



**ตาราง 2** ความถี่และร้อยละของนักเรียน จำแนกตามระดับความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (ผู้ที่ตอบถูก)(ต่อ)

ข้อคำถาม	ความถี่ (N= 568)	ร้อยละ	ระดับความรู้
5.3 ไม่ควรใส่กางเกงยีนส์ลงเล่นน้ำ	395	69.54	ปานกลาง
5.4 เมื่อนั่งเรือต้องใส่เสื้อชูชีพทุกคน แม้วัยน้ำเป็น	529	93.13	ดี
<b>การเอาชีวิตรอดในน้ำ</b>			
1. สามารถว่ายน้ำท่าใดก็ได้เป็นระยะทาง 25 เมตร (รบบัสโดยสาร ต่อกัน 2 คัน)	135	23.77	น้อย
2. สามารถลอยตัวแบบนอนหงาย (แม่ชีลอยน้ำ) ได้นาน 3 นาที	136	23.94	น้อย
3. สามารถลอยตัวแบบลูกหมาตน้ำได้นาน 1 นาที	167	29.40	น้อย
4. สามารถเกาะขวน้ำดื่มลอยตัวได้นาน 3 นาที	254	44.72	น้อย
<b>การช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ</b>			
1. เมื่อพบคนจมน้ำ ควรตะโกนขอความช่วยเหลือ/ตามผู้ใหญ่มาช่วย	539	94.89	ดี
2. เมื่อพบคนจมน้ำ ควรกระโดดลงไปช่วยทันที เพราะเราว่ายน้ำเป็น	313	55.11	น้อย
3. เมื่อพบคนจมน้ำระยะใกล้ ควรยืน/นั่งบนฝั่ง แล้วใช้อุปกรณ์ยื่น ช่วยเหลือคนจมน้ำจากบนฝั่ง เช่น ไม้ เสื้อ กางเกง	431	75.88	ปานกลาง
4. เมื่อพบคนจมน้ำระยะไกล ควรโยนอุปกรณ์ที่ลอยน้ำให้คนจมน้ำจับ	506	89.08	ดี

จากตาราง 2 พบว่านักเรียนมีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำมากที่สุด สำหรับข้อคำถามที่นักเรียนตอบถูกมากที่สุด คือข้อที่ถามว่า “เมื่อจะไปเล่นน้ำ ควรไปกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ใหญ่” ร้อยละ 98.77 รองลงมาคือ “เมื่อพบคนจมน้ำ ควรตะโกนขอความช่วยเหลือ/ตามผู้ใหญ่มาช่วย” ร้อยละ 94.89 สำหรับการเอาชีวิตรอดในน้ำที่นักเรียนปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ “สามารถว่ายน้ำท่าใดก็ได้เป็นระยะทาง 25 เมตร (รบบัสโดยสารต่อกัน 2 คัน)” ร้อยละ 23.77 รองลงมาคือ “สามารถลอยตัวแบบนอนหงาย (แม่ชีลอยน้ำ) ได้นาน 3 นาที” ร้อยละ 23.94

**ตาราง 3** ระดับความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (ความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ การเอาชีวิตรอดในน้ำ และการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ)

ระดับความรู้ว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด	ความถี่ (N=568)	ร้อยละ
ความรู้น้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-6 คะแนน)	120	21.13
ความรู้ปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (7-12 คะแนน)	331	58.27
ความรู้ดี คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (13-17 คะแนน)	117	20.60
<b>รวม</b>	<b>568</b>	<b>100.00</b>

จากตาราง 3 พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ มีความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (มีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ การเอาชีวิตรอดในน้ำ และการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ) ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.27

#### ข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลไกการดำเนินงานทีมผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำระดับทองแดงปี 2561 เริ่มต้นจากมีสถานการณ์เด็กจมน้ำเสียชีวิตในพื้นที่ หน่วยงานท้องถิ่น และสาธารณสุขจึงมีการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่รับทราบ ทำให้ชุมชนเห็นถึงปัญหา และร่วมกันหามาตรการป้องกัน โดยมีการบูรณาการการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำจากภาคส่วนต่าง ๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.), โรงพยาบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ครู, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.), มูลนิธิกุ๊กกั๊ก, ทีม

กัซิป, ผู้นำชุมชน, ผู้นำศาสนา, กรรมการชุมชน และหน่วยงานที่สนับสนุนสถานที่ฝึกปฏิบัติ ได้แก่ มหาวิทยาลัย, สถาบันการพลศึกษา และโรงเรียนตำรวจภูธร งบประมาณส่วนใหญ่ได้รับสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล รองลงมาเป็นสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย งบประมาณที่ได้รับอยู่ระหว่าง 20,000 - 90,000 บาทต่อปี กิจกรรมประกอบด้วย การสำรวจและจัดการแหล่งน้ำ เสี่ยง ติดตั้งป้าย/อุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำ ให้ความรู้ในชุมชน/สถานบริการสาธารณสุข/โรงเรียน สอนหลักสูตรว่ายน้ำ เพื่อเอาชีวิตรอด สอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ สื่อสารประชาสัมพันธ์ และประเมินผลการดำเนินงาน ทีมผู้ก่อการดีส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดให้กับเด็ก และประชาชน ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองเบื้องต้น เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่สามารถลดการเสียชีวิตเด็กจมน้ำได้

## อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่านักเรียนส่วนใหญ่ มีความรู้การว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด (มีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ, การเอาชีวิตรอดในน้ำ และการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ) ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.27 สอดคล้องกับ รัชณี ธิติยประเสริฐ (2560) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ตำบลบ่อแก้ว อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.33 และนักเรียนเกินครึ่ง (ร้อยละ 53) ไม่ทราบว่ถึง กะละมังอาบน้ำเด็ก กระติกน้ำ สามารถทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีจมน้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้วิเคราะห์ความเสี่ยงการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในช่วงปีพ.ศ. 2554-2558 พบว่า กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 3 ขวบ จมน้ำเสียชีวิตสูงเฉลี่ยถึงปีละ 192 คน หรือประมาณร้อยละ 21 ของกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีทั้งหมด และภาวะที่เด็กกลุ่มนี้จมน้ำเสียชีวิต ได้แก่ ถังน้ำ ถังสี กะละมัง กระติกน้ำ โถง และอ่างอาบน้ำในห้องน้ำภายในบ้าน และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งคนส่วนใหญ่ไม่คิดว่าเป็นแหล่งน้ำที่มีอันตรายสำหรับเด็ก เพราะบางครั้งเด็กเล็กมักจะจมน้ำในภาชนะที่มีน้ำเล็กน้อยประมาณ 1-2 นิ้วเท่านั้น สาเหตุเกิดจากผู้ดูแลเด็กปล่อยเด็กไว้ตามลำพัง โดยไปทำกิจกรรมบางอย่างเพียงระยะเวลาสั้น ๆ เช่น เข้าห้องน้ำ ทำกับข้าว คุยโทรศัพท์ เปิด-ปิดประตูบ้าน ซึ่งเป็นระยะเวลาเพียงไม่กี่นาที และไม่คิดว่าแหล่งน้ำดังกล่าวจะเป็นอันตรายเพราะมีระดับน้ำเพียงเล็กน้อย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็กเล็กมีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแลเด็ก และต้องมีการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงในบ้านที่ดี เพราะบางครั้งเด็กอาจจะเดินตามสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว หรือแม่แต่ของเล่นลูกกลม ๆ อย่างลูกบอลโดยไม่ทันระวัง และพลัดตกลงไปในน้ำหรือในบ่อน้ำรอบ ๆ บ้าน ได้ และจากการศึกษาพบว่านักเรียนสามารถว่ายน้ำได้ ร้อยละ 23.77 สอดคล้องกับการประเมินผลการว่ายน้ำของเด็กไทยอายุ 5-14 ปีของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2556) พบว่าเด็กไทยกว่า 8 ล้านคน ว่ายน้ำเป็นเพียงร้อยละ 23.7 หรือประมาณ 2 ล้านคน ซึ่งอัตราส่วนของเด็กไทยที่ว่ายน้ำเป็นอยู่ในสัดส่วนที่ต่ำมาก เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว และจากข้อมูลการเสียชีวิตของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขปี 2545-2556พบว่ามียุติกรรมจมน้ำเสียชีวิตสูงถึง 5,298 คน หรือประมาณปีละ 442 คน และพบว่า ร้อยละ 74.1 ของเด็กที่ตกน้ำจะเสียชีวิต โดยเป็นเด็กที่ว่ายน้ำเป็นถึงร้อยละ 26.3 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2556) ซึ่งให้เห็นว่าถึงแม้เด็กจะว่ายน้ำเป็นหรือว่ายน้ำเก่ง ก็มีโอกาสจมน้ำเสียชีวิตได้เช่นเดียวกัน ปัจจัยเสี่ยงการจมน้ำของเด็กวัยเรียนเกิดจากการมีพฤติกรรมการเล่นน้ำที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การเล่นไล่จับ จับหัวคนน้ำ ว่ายน้ำแข่งขันเล่น นานจนเป็นตะคริวหมดแรง โดยมีปัจจัยเอื้อต่อการเกิดเหตุ ได้แก่ การเล่นน้ำในสภาพน้ำอันตราย รวมทั้งไม่มีผู้ดูแลขณะเล่นน้ำ ไม่มีทักษะที่ดีในการว่ายน้ำ/ช่วยคนจมน้ำ (เกศรา แสนศิริวิเศษ และวิภาภรณ์ เหมไพศาล พิพัฒน์, 2548) ซึ่งกรมควบคุมโรค ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคท้องถิ่นและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมสร้างเด็กไทยให้มีภูมิคุ้มกันป้องกันการจมน้ำ โดยเริ่มจากการอบรมครูผู้สอน (ครู ก) ตามหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ตั้งแต่ปี 2552 และขยายผลอบรมครูผู้สอน (ครู ข) อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เพื่อผลักดันให้มีการเรียนการสอนตามหลักสูตรดังกล่าวให้กับเด็กทั้งในระบบ และนอกระบบการศึกษา ซึ่งจะมีส่วนในการช่วยลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอีกทางหนึ่ง และจากผลการศึกษาพบว่าเด็กเกินครึ่ง (ร้อยละ 55.11) เมื่อพบคนจมน้ำจะ

กระโดดลงไปช่วยทันที เพราะว่ายน้ำเป็น แสดงว่าเด็กไม่รู้จักการร้องขอความช่วยเหลือก่อน ซึ่งถือว่าเด็กยังขาดทักษะการป้องกันตนเอง และการช่วยเหลือตนเองเมื่อตกน้ำ จากข้อมูลการเฝ้าระวัง สำนักโรคไม่ติดต่อ พบว่าเด็กจะจมน้ำเสียชีวิตพร้อมกันครั้งละหลาย ๆ คน เนื่องจากเด็กไม่รู้วิธีการเอาชีวิตรอดในน้ำ และวิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้องจึงมักกระโดดลงไปช่วยคนที่ตกน้ำ การจมน้ำเสียชีวิตจะเกิดขึ้นภายใน 4 นาที ภายหลังจากที่ตกลงไปในน้ำ การช่วยเหลือหลังเกิดเหตุจึงค่อนข้างไม่ทันการณ์ ในการเล่นน้ำอย่างปลอดภัยหากว่ายน้ำไม่เป็นขอให้สวมเสื้อชูชีพหรือใช้อุปกรณ์พยุงตัวตลอดเวลา ไม่ดื่มสุรา ไม่เล่นน้ำคนเดียว ไม่เล่นน้ำในตอนกลางคืนหรือขณะมีฝนตก และไม่กระโดดลงน้ำที่ไม่ทราบสภาพใต้น้ำ ที่สำคัญอย่าปล่อยให้เด็กเล่นน้ำตามลำพัง โดยเฉพาะเด็กเล็ก ๆ จะต้องอยู่ในสายตาคู่มือผู้ปกครอง และไม่ปล่อยให้เด็กยืนใกล้ขอบบ่อ ขอบสระ หรือภาชนะใส่น้ำ เพราะอาจลื่นพลัดตกลงน้ำ และไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ทั้งนี้หากพบคนตกน้ำให้หาอุปกรณ์และคนมาช่วย ยึดหลัก “ตะโกน โยน ยื่น” โดยตะโกนเรียกให้คนมาช่วย โยนอุปกรณ์ลอยน้ำที่อยู่ใกล้ตัวให้คนที่ตกน้ำ เช่น ขวดน้ำพลาสติกเปล่า ถังแกลอนพลาสติกเปล่าผูกเชือก ห่วงชูชีพ โดยโยนครั้งละหลาย ๆ ชิ้น และยื่นอุปกรณ์ให้คนตกน้ำจับ เช่น ไม้ ผ้าขาวม้า เสื้อ เพื่อดึงตัวขึ้นจากน้ำ ห้ามกระโดดลงไปช่วยอย่างเด็ดขาด เพราะอาจจะถูกกดรัดและจมน้ำเสียชีวิตพร้อมกันได้

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อให้ทราบสถานการณ์ มีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยแก้ปัญหาเด็กจมน้ำ
2. ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม
3. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วม และเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง
4. กระทรวงศึกษาธิการควรบรรจุหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดเป็นหลักสูตรภาคบังคับ เพื่อให้เด็กอายุ 5 ปีขึ้นไปทุกคนว่ายน้ำเป็น มีความรู้/ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ และรู้วิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้องสามารถช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นได้
5. ควรสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดีป้องกันเด็กจมน้ำอย่างน้อยตำบลละ 1 ทีม ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่จะทำให้เกิดการบูรณาการภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ
6. ควรมีการขยายวงกว้างเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ช่วยรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ข่าวสารให้ประชาชน ผู้ปกครอง และเด็กเกิดความตระหนักในการป้องกันการจมน้ำ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น ประสบการณ์การจมน้ำของเด็กวัยเรียน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาสาเหตุการจมน้ำ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนต่อไป

### References

กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ และอภิชาติ เมฆมาสิน. (2547). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็ก พ.ศ.2543-2545. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กองนโยบายยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2559). จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ พ.ศ.2549-2558. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

กองนโยบายยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2560). จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ พ.ศ. 2549-2559. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). การจมน้ำเสียชีวิตปีพ.ศ.2560 (ข้อมูลเบื้องต้น ณ 1 กุมภาพันธ์ 2561). กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กึ่งกาญจน์ จงสุขไกล. (2562). การรับรู้ข่าวสารปัญหาเด็กจมน้ำในประเทศไทย. *วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง*, 8(2), 48-68.
- เกศรา แสนศิริวิสุข และวิภาภรณ์ เหมไพศาล พิพัฒน์. (2548). สาเหตุนำของการจมน้ำในเด็กที่เสียชีวิต จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ.2543-2546. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 4(มกราคม-กุมภาพันธ์), 57-65.
- บุศรา ชัยทัศน์. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยเรียน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุศรา ชัยทัศน์ และนรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ. (2558). บทบาทพยาบาลอนามัยโรงเรียนในการป้องกันการจมน้ำในเด็ก. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(1), 144-156.
- รัชณี ฤทธิประเสริฐ (2560). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ตำบลบ่อแก้ว อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน 2562 จาก [http://203.157.186.16/kmblog/page\\_research\\_detail.php?ResID=821](http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=821)
- สัมพันธ์ เอกเฉลิมเกียรติ. (2550). ทบทวนวรรณกรรมการจมน้ำของเด็ก. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2559). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2556: การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY). ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์จำกัด.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2560). การเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ (Injury Surveillance System: IS) ปีพ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2552). สถานการณ์การตกรน้ำ จมน้ำของเด็กในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางประเมินผู้ก่อการดี (Merit Maker) การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ (ฉบับปรับปรุงปี 2560). พิมพ์ครั้งที่ 5 บริษัทกราฟิโกเพรสจำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2562). แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำปี 2562. สืบค้นเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2562 จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13375&tid=37&gid=1-027>
- สุชาติา เกิดมงคลการ, สัม เอกเฉลิมเกียรติ และคณะ. (2557). ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำ “วัดชินป้องกันเด็กจมน้ำ”. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุชาติา เกิดมงคลการ สัม เอกเฉลิมเกียรติ และกึ่งกาญจน์ จงสุขไกล และคณะ. (2558). การสำรวจการใช้เสื้อชูชีพในประเทศไทย. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุชาติา เกิดมงคลการ สัม เอกเฉลิมเกียรติ และกาญจน์ย์ ด่านาคแก้ว. การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการตกรน้ำ จมน้ำ ทั้ง 5 มิติของการทำงาน. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. (2549). การทบทวนเรื่องสถานการณ์การจมน้ำในประเทศไทยและมาตรการแก้ไข. ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2562 จาก [www.csip.org](http://www.csip.org).
- World Health Organization. (2014). *The Global Report on Drowning*. Retrieved 3 March, 2019 from: [http://www.lifesaving.bc.ca/sites/default/files/WHO\\_Report\\_on\\_Drowning](http://www.lifesaving.bc.ca/sites/default/files/WHO_Report_on_Drowning).

การพัฒนาาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี  
The Caring System Development for Uncontrolled Hypertension at Tumbol  
Health Promoting Hospital, Bo Phloi District, Kanchanaburi Province

วิสิทธิ์ ปิ่นประชานนท์\*  
Visith Pinprachanan\*  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี\*  
Kanchanaburi Public Health Office\*

(Received: October 22, 2020; Revised: April 9, 2021; Accepted: April 10, 2021)

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ศึกษาประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้พัฒนาขึ้น ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ไม่มีโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และยินยอมที่จะร่วมมือในการวิจัย จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา และกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม (ให้การตรวจรักษา แล้วให้คำแนะนำต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ให้ยาไปรับประทาน และการนัดหมายให้มาตรวจตามนัด) กลุ่มละ 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถาม แบบทดสอบก่อนหลัง และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยสถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และ Paired Sample t-test พบผลการศึกษาดังนี้

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระบบที่พัฒนา คือ ติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดด้วย Line Application ให้ความรู้และประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง ให้ยาให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และมีการติดตามทาง Line Application โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หลังจากการมารักษา 7 วัน ในช่วง 2 เดือนแรก ในเดือนที่ 3 หากผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ก็ทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุและส่งเสริมให้ญาติช่วยดูแล และพิจารณาปรับยาให้เหมาะสม

2. ประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า หลังการใช้ระบบดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลง (ทั้งค่า Systolic และ Diastolic Blood Pressure) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบหลังการใช้ระบบที่พัฒนา กับการใช้ระบบเดิม พบว่า กลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนามีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่ากลุ่มที่ใช้ระบบเดิม และมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ใช้ระบบเดิม (ทั้งค่า Systolic และ Diastolic Blood Pressure) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.01$ ) ทั้งนี้ ผู้ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนา มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 97.5

จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพที่ดี ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเป็นส่วนใหญ่ จึงควรนำระบบนี้ไปใช้ที่ รพ.สต.อื่น ต่อไป

**คำสำคัญ:** ระบบการดูแลผู้ป่วย, โรคความดันโลหิตสูง, การดูแลตนเอง, ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: visith1964@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-8318102)

## Abstract

The objectives of this research and development were to develop caring system for uncontrolled blood pressure patients, study effectiveness of the caring system developed for hypertension patients, and study satisfaction with hypertension caring system developed by Tumbol Health Promoting Hospital (THPH), Bo Phloi District, Kanchanaburi Province. The samples were 80 patients with unknown cause of hypertension, uncontrolled hypertension, no hypertensive complication and agreed to cooperate in the research. The samples were divided into 2 groups; a used developed system group and a used the original system group (giving treatment, advice on the condition of the patients and medicine, and also making appointments for follow-up), each group consisted of 40 people. Research tools included the hypertension caring system developed, questionnaires, pre- and post-test, and blood pressure level records. Data were analyzed by content analysis, descriptive statistics, Independent t-test and Paired sample t-test. The results revealed that:

1. The developed caring system for uncontrolled blood pressure patients involved follow-up for making appointments using line application, educating and evaluating self-care behaviors, giving medicine, providing advice on self-care practices, and case monitoring using line application operated by THPH staffs after 7 days of treatment in the first and second months. For the third months, providing home visits, if necessary, when the patients could not control their blood pressure for finding the causes, supporting their relatives to look after the patients and also adjusting medicine received.

2. After using the developed system, the patients can improve their knowledge about the disease and self-care behavior, and also decrease their blood pressure levels (both systolic and diastolic blood pressure) with statistical significance ( $p$ -value  $< 0.001$ ). When comparing applying the developed and the original systems, the patients in the developed system group had higher knowledge and self-care behavior, and had lower blood pressure levels than the patients in the original system group with statistical significance ( $p$ -value  $< 0.001$ ). In addition, there were 97.5% of the users that had their satisfaction regarding applying the developed system at a high level.

According to the research results, the developed caring system had good effectiveness and high satisfaction of the patients. Therefore, the developed caring system should be applied in other THPHs.

**Keywords:** Caring System, Hypertension, Self Care Behavior, Uncontrolled Blood Pressure

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และของประเทศไทย ประชากรทั่วโลกมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก และคาดว่าในปี 2568 จะมีความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (Center for Continuing Pharmaceutical Education, 2020) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี 2561 (Thai Hypertension Society, 2020) ปัญหาหลักของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือการที่ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค การที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงตามเกณฑ์ปฏิบัติได้ (Thai Hypertension Society, 2019) และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ อัมพาต และไตวาย (Puangpetch, 2009) ทั้งนี้ โรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การสูบบุหรี่ การขาดออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Center for Continuing Pharmaceutical Education, 2020) ดังนั้น จึงควรส่งเสริม

สุขภาพโดยมุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดการรับประทานอาหารที่มีเกลือมาก เพิ่มการรับประทานผักผลไม้ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม งดหรือลดการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ โดยมีเป้าหมาย คือ การควบคุมความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (Blood Pressure Association of Thailand, 2015)

ปัจจุบันจังหวัดกาญจนบุรี พบเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 88,183 คน ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 40,804 คน (ร้อยละ 46.3) ส่วนอำเภอปอพลอย มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6,627 คน ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 2,635 คน ร้อยละ 39.8 (Kanchanaburi Public Health Office, 2019) ทั้งนี้ รพ.สต. ในอำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี มีการดำเนินการในการดูแลรักษาพยาบาล และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งก็ยังมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 27.9 (Bo Phloi District Public Health Office, 2019) แต่ใน รพ.สต. ยังไม่มีระบบการดำเนินการที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย ยังเน้นเฉพาะการให้บริการรักษาพยาบาล และให้ความรู้ในลักษณะการให้สุศึกษาเท่านั้น ซึ่งในปัจจุบันได้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เพิ่มมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดประสิทธิผลที่ดีเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัย ในฐานะบุคลากรสาธารณสุขผู้ดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดกาญจนบุรี จึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของ รพ.สต.อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยสำรวจพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ แนวทางในการแก้ไข และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทดลองนำไปใช้ เพื่อดูประสิทธิผลของระบบ หากได้ผลดี ก็จะได้้นำระบบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน รพ.สต.ต่อไป

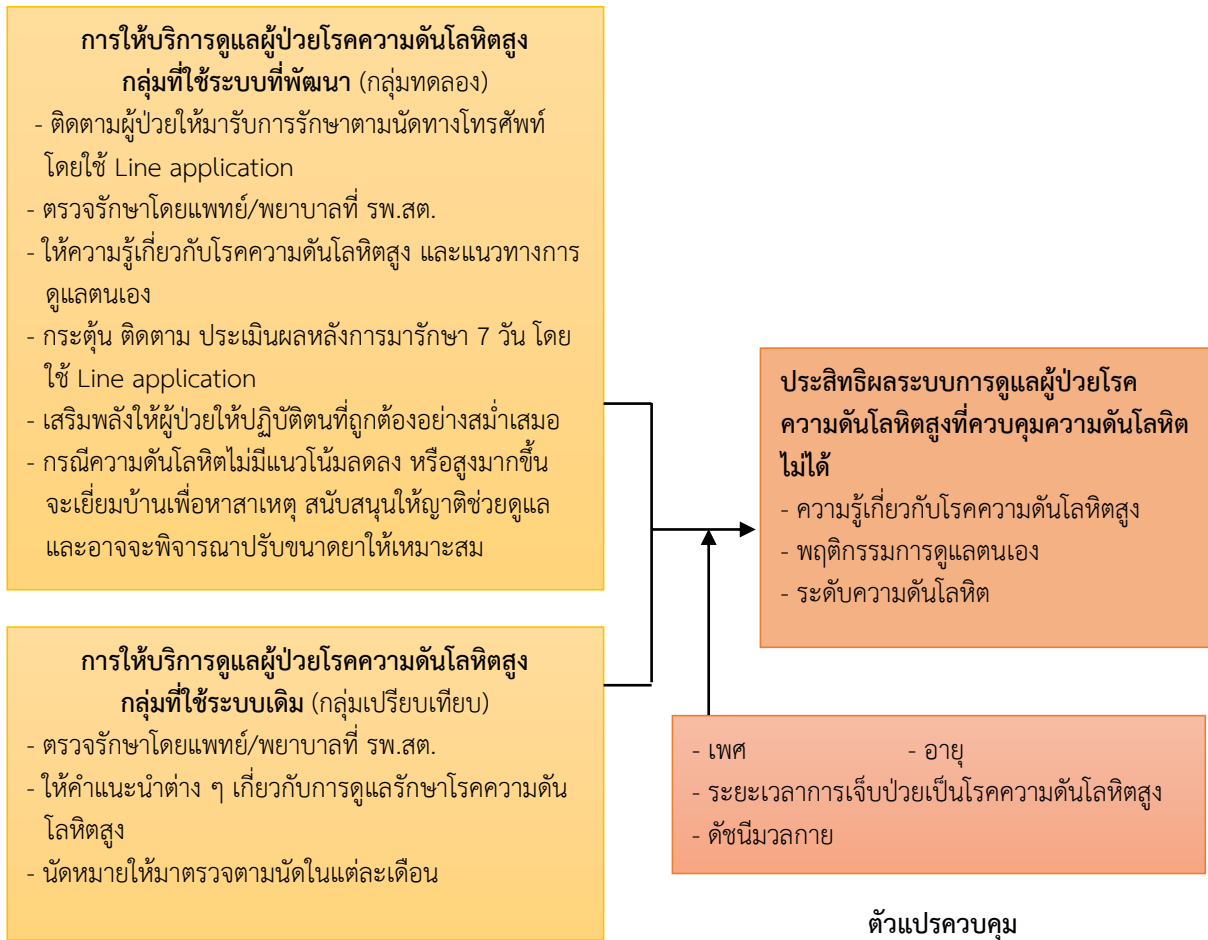
### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของ รพ.สต.
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่ได้พัฒนาขึ้น

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งได้ประยุกต์ใช้การพัฒนาระบบตามแนวทางของ ดีย์ และฮาริฮาราน (Dey & Hariharan, 2006) 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 2 คือ การจัดทำระบบในการพัฒนา และนำไปใช้ และขั้นตอนที่ 3 คือ การควบคุม ติดตาม และการประเมินผล ซึ่งในระบบนี้ได้เน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้เหมาะสมกับการป่วย การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้และเป็นรูปธรรมร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยตามแนวทางของสมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society, 2019) นอกจากนี้ได้จัดให้มีระบบการติดตามผู้ป่วยให้มารับการรักษาตามนัดทางโทรศัพท์ โดยใช้ Line application ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการดูแลตนเองที่ถูกต้องกับโรคที่เป็น แล้วให้ผู้ป่วยไปดูแลตนเองที่บ้าน และมีการติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ หลังการมารับรักษาแต่ละครั้งทางโทรศัพท์ โดยใช้ Line Application หลังจากมาพบแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 7 วัน ในแต่ละครั้ง โดยการซักถามถึงพฤติกรรม การดูแลตนเอง ให้คำแนะนำ กระตุ้น ชี้แนะและให้แนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน พร้อมเสริมพลังผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอในเรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด กรณีความดันโลหิตไม่มีแนวโน้มลดลง หรือสูงมากขึ้น จะเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุ สนับสนุนให้ญาติช่วยดูแล และอาจจะพิจารณาปรับขนาดยาให้เหมาะสม ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ได้ประยุกต์ใช้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ Dey & Hariharan (2006) คือ

**ขั้นตอนที่ 1** ค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา โดยการศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอป่าพยอม จังหวัดกาญจนบุรี

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ของ รพ.สต. อำเภอป่าพยอม จังหวัดกาญจนบุรี มารับการรักษาที่ รพ.สต. ที่ จำนวน 1,930 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มาตรวจรักษาที่ รพ.สต.อย่างน้อย 1 ครั้ง และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน 350 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (Two Stage Sampling) โดย

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือก รพ.สต. ตัวอย่างมาร้อยละ 50 (จาก 10 รพ.สต.)



ขั้นตอนที่ 2 เลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และมารักษาที่ รพ.สต. ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ตามสัดส่วนผู้ป่วยดังกล่าว ในแต่ละ รพ.สต.จากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 350 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล การมารับการรักษาตามนัด และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (การปฏิบัติในการดูแลตนเอง) แบบวัดส่วนนี้ใช้สอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 27 ข้อ โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย เป็นบางครั้ง เป็นประจำ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้ คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบ เป็นประจำ ให้คะแนน 2 คะแนน เป็นบางครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบเป็นประจำ ให้คะแนน 0 คะแนน เป็นบางครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 2 คะแนน

การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ได้แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	ค่าคะแนนระหว่าง 0 – 31 คะแนน
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	ค่าคะแนนระหว่าง 32 – 42 คะแนน
ระดับดี (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	ค่าคะแนนระหว่าง 43 – 54 คะแนน

2. แบบบันทึกข้อมูลการเกิดโรคแทรกซ้อน ประกอบด้วยข้อมูลการเกิดโรคแทรกซ้อน จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด และให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้

เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) ซึ่งจะดูความตรงเชิงโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหาของสิ่งที่จะวัด ดูความครบถ้วน และความถูกต้องทางด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1 ท่าน และด้านการสร้างเครื่องมือ 1 ท่าน) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) = 0.8 มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จากวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ซึ่งทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.86

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการโดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย โดยการทอสอบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ จำนวน 350 ชุด พร้อมกับทำการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างตอบแล้ว ซึ่งได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์กลับมา ร้อยละ 100 ส่วนแบบบันทึกข้อมูลการเกิดโรคแทรกซ้อน ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ลงบันทึกข้อมูล ซึ่งพิจารณาข้อมูลจากแบบบันทึกประวัติผู้ป่วย ร่วมกับการถามผู้ป่วยถึงการเกิดโรคแทรกซ้อน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม 2562

### วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเกิดโรคแทรกซ้อน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ขั้นตอนที่ 2** จัดทำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดย

1. ระดมสมองแพทย์ พยาบาล/เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากโรงพยาบาลบ่อพลอย และ รพ.สต.ในอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี แห่งละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน ที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการรักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง โดยการนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา

2. จัดทำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

3. เสนอระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อเจ้าหน้าที่ผู้ทำการรักษาหรือผู้เกี่ยวข้องจากตัวแทน รพ.สต.แต่ละแห่ง ในอำเภอบ่อพลอย เพื่อพิจารณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ ซึ่งตัวแทน รพ.สต.แต่ละแห่งเห็นด้วยกับระบบดังกล่าว และให้ทดลองนำไปใช้กับ รพ.สต.บางแห่งก่อน พร้อมทั้งมีข้อเสนอแนะให้มีการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ ส่งเสริมครอบครัวผู้ป่วยให้การดูแลร่วมด้วย ในกรณีที่เมื่อดำเนินการตามระบบดังกล่าวแล้วผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

4. ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าวตามคำแนะนำ โดยจัดให้พยาบาลทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้/ทำไมความดันโลหิตยังไม่ลด และส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยอีกทางหนึ่ง

**ขั้นตอนที่ 3** นำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผล

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ระดับความดันโลหิต 2 ครั้งล่าสุดที่มารักษาที่ รพ.สต.มีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป) จาก รพ.สต. บ้านหนองกระทุ่ม และ รพ.สต.บ้านใหม่ ในอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งล่าสุดตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป) โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการวิจัยทางคลินิก โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า ได้กลุ่มตัวอย่างการวิจัยกลุ่มละ 37 คน รวม 2 กลุ่มคือ 74 คน ซึ่งผู้วิจัยได้เผื่อไว้เนื่องจากอาจมีผู้ถอนตัวออกไปบ้าง จึงใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน รวมเป็น 80 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ทราบว่า ระบบแบบใหม่ดังกล่าวมีการดำเนินการอย่างไร ต่างจากระบบเดิมอย่างไร แล้วให้ผู้รับการวิจัยพิจารณาเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มศึกษา/เลือกตามความประสงค์ของผู้ป่วย โดยในการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ในเรื่องอายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และดัชนีมวลกาย เป็นตัวแปรควบคุม แล้วแยกเข้ากลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา/กลุ่มที่ใช้ระบบเดิม ซึ่งแต่ละกลุ่มมีลักษณะ ดังนี้

1. กลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา (กลุ่มทดลอง) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ไม่มีโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และเป็นผู้ที่มีโทรศัพท์มือถือ และสามารถ Line Application ได้ ยินดีร่วมมือใช้ระบบที่พัฒนา ตลอดจนสามารถอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 3 เดือน

2. กลุ่มที่ใช้ระบบเดิม (กลุ่มเปรียบเทียบ) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในเลือดได้ ไม่มีโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มารักษาตามปกติที่ รพ.สต. เคยให้บริการ ซึ่งยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มนี้ และสามารถอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 3 เดือน

ในการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ในเรื่องอายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และดัชนีมวลกาย เป็นตัวแปรควบคุม แล้วแยกเข้ากลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา/กลุ่มที่ใช้ระบบเดิม ซึ่งในกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนาจะต้องเป็นผู้ที่มีโทรศัพท์มือถือ และสามารถ Line Application ได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่ได้พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบทดสอบก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 7 ข้อ (ใช้ถามก่อนการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา และกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ โดยถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบให้ 0 คะแนน (ใช้ถามก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา และกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วยพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 27 ข้อ โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย เป็นบางครั้ง และเป็นประจำ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบเป็นประจำ ให้คะแนน 2 คะแนน เป็นบางครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ เป็นประจำ ให้คะแนน 0 คะแนน เป็นบางครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 2 คะแนน (ใช้ถามก่อนและหลังการศึกษาทั้งกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา และกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้พัฒนา แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ ว่ามีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้พัฒนา มาก ปานกลาง น้อย หรือไม่พอใจ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้คะแนน 0 คะแนน (ใช้ถามเฉพาะกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา หลังการใช้ระบบที่พัฒนา)

2.2 แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการ (3 เดือน) ซึ่งใช้บันทึกระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และส่วนสูง ทั้งกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา และกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งจะดูความตรงเชิงโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหาของสิ่งที่จะวัด ดูความครบถ้วน และความถูกต้องทางด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1 ท่าน และด้านการสร้างเครื่องมือ 1 ท่าน) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) = 0.8 มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จากวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ซึ่งทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ .72 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 0.86 และแบบวัดความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ .79

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยและคณะที่ผ่านการอบรม โดยการทอดแบบทดสอบก่อนการทดลอง ในเดือนธันวาคม 2562 ให้กลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา และกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม กลุ่มละ 40 ชุดตอบ และเก็บข้อมูลภายหลังการดำเนินการครบ 3 เดือน ในเดือนมีนาคม 2563 พร้อมทั้งทำการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบทดสอบหลังจากที่

กลุ่มตัวอย่างตอบแล้ว ซึ่งได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์กลับมาในแต่ละครั้ง ร้อยละ 100 โดยมีรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลองดังนี้

### ก่อนการทดลอง

เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนการดำเนินการ (วันแรกของการดำเนินการ) เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตทั้งในกลุ่มที่ใช้รูปแบบที่พัฒนา และกลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม

ดำเนินการทดลอง ดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

#### 1. กลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา

##### ครั้งที่ 1 (เริ่มเดือนแรก)

1. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนการดำเนินการ (วันแรกของการดำเนินการ) เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต

2. ก่อนวันนัดหมายให้มา รพ.สต. 1 วัน พยาบาล/เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะแจ้งติดตามด้วยระบบการส่งข้อความแจ้งเตือนโดยใช้ Line Application ให้มาตามนัด

3. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่ รพ.สต.

3.1 แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. ให้การรักษาพยาบาล

3.2 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการพูดคุย และใช้สื่อประกอบ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัว และการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. /พยาบาล

3.3 หลังการรักษา 7 วัน ดำเนินการซักถาม ติดตามและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ Line Application หรือโทรคุยทาง Line Application หรือโทรศัพท์คุยกัน ทั้งนี้ ให้พิจารณาตามความเหมาะสม เมื่อพบพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ก็จะบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าพฤติกรรมดังกล่าวไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น และแนะนำวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยได้รับทราบและนำไปปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสม

##### ครั้งที่ 2 (เริ่มเดือนที่ 2)

1. ก่อนวันนัดหมายให้มา รพ.สต. 1 วัน พยาบาล/เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะแจ้งติดตามด้วยระบบการส่งข้อความแจ้งเตือนโดยใช้ Line Application ให้มาตามนัด

2. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่ รพ.สต.

2.1 แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. ให้การรักษาพยาบาล

2.2 ดำเนินการพูดคุยซักถามถึงให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัว และการให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่รู้ไม่เข้าใจ หรือยังปฏิบัติไม่ถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต./พยาบาล

2.3 หลังการรักษา 7 วัน ดำเนินการซักถาม ติดตามและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ Line Application หรือโทรพูดคุยทาง Line Application หรือโทรศัพท์พูดคุย ทั้งนี้ เมื่อพบพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องอีก ก็จะเน้นย้ำถึงเหตุผลและวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยได้รับทราบและนำไปปฏิบัติ พร้อมกับขอพูดคุยกับญาติหรือผู้ใกล้ชิด เพื่อให้ช่วยดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง

##### ครั้งที่ 3 (เริ่มเดือนที่ 3)

1. ก่อนวันนัดหมายให้มา รพ.สต. 1 วัน พยาบาล/เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะแจ้งติดตามด้วยระบบการส่งข้อความแจ้งเตือนโดยใช้ Line Application ให้มาตามนัด

2. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่ รพ.สต.

2.1 แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. ให้การรักษาพยาบาล

2.2 ดำเนินการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยแพทย์/พยาบาล และพิจารณาผลการควบคุมระดับความดันโลหิตทั้ง 3 เดือน ว่าดีขึ้นหรือไม่ (ค่าระดับความดันโลหิต < 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท) ทั้งนี้ ถ้าระดับความดันโลหิตไม่มีแนวโน้มลดลง หรือสูงมากขึ้น จะพิจารณาหาสาเหตุ โดยให้พยาบาลทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุ พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติช่วยดูแลด้วยอีกทางหนึ่ง และอาจจะพิจารณาปรับขนาดยาให้เหมาะสมร่วมด้วย และเน้นถึงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

2.3 กรณีผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ก็จะติดตามและให้คำแนะนำที่เหมาะสมต่อไปในการมาตรวจรักษาแต่ละเดือน

3. กลุ่มที่ใช้ระบบเดิม ทำการรักษาเมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่ รพ.สต.ในแต่ละเดือนตามที่นัดหมาย เป็นเวลา 3 เดือน โดยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามปกติที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ได้แก่ การตรวจรักษาจากแพทย์/พยาบาลที่ รพ.สต. ให้คำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง ให้/ปรับยาไปรับประทาน และนัดหมายให้มาตรวจตามนัดในแต่ละเดือน

4. หลังการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 หลังการดำเนินการครบ 3 เดือน ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และระดับความดันโลหิต ทั้งในกลุ่มที่ใช้รูปแบบที่พัฒนา และกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และแนวทางแก้ไขปัญหา จากการระดมสมองแพทย์ พยาบาล/เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล ตัวแปรควบคุม และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรควบคุม ระหว่างกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา และกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม เพื่อพิสูจน์ทางสถิติถึงลักษณะความคล้ายกันของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-Square test

4. วิเคราะห์การกระจายของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการดำเนินการ โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าทุกตัวแปรดังกล่าวมีการกระจายแบบปกติ ( $p\text{-value} > 0.05$ )

5. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา และกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม ก่อนและหลังการดำเนินการ โดยใช้ Independent t-test และเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการของกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนาและกลุ่มที่ใช้ระบบเดิมด้วย Paired Simple t-test

#### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ตามหนังสือเลขที่ กจ. 0032.002/3679 ลงวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2562

**ผลการวิจัย**

**1. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ของ รพ.สต. ที่ได้พัฒนา**



**ภาพ 2** แสดงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ของ รพ.สต. ที่ได้พัฒนา

**2. ประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้** ซึ่งในการศึกษาได้ควบคุมตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา กับกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม โดยเมื่อนำตัวแปรดังกล่าวมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Chi-Square test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ( $p\text{-value} > 0.05$ ) หมายความว่า ทั้ง 2 กลุ่มนี้มีลักษณะที่คล้ายกันในตัวแปรดังกล่าว จึงเหมาะสมต่อการเปรียบเทียบประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลดังกล่าวโดยใช้ Independent t-test (กรณีการเปรียบเทียบกลุ่ม

ที่ใช้ระบบที่พัฒนา กับกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม) และใช้ Paired Simple t-test (กรณีการเปรียบเทียบก่อนกับหลังการทดลอง) กับกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม) พบว่า

2.1 ก่อนการดำเนินการ (ก่อนการใช้ระบบฯ) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และมีระดับความดันโลหิต (ทั้งค่า Systolic และ Diastolic Blood Pressure) ไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value}>0.05$ ) ส่วนหลังการดำเนินการ (หลังการใช้ระบบฯ) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลง (ทั้งค่า Systolic และ Diastolic blood Pressure) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) รายละเอียดดังตาราง 1

**ตาราง 1** ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนาและกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม ก่อนและหลังการดำเนินการ (n = 40)

รายการ	ก่อนการดำเนินการ				หลังการดำเนินการ			
	M	SD	t	P-value	M	SD	t	P-value
<b>ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (คะแนน)</b>								
กลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา	10.6	2.6	1.372	0.174	13.3	1.3	5.120	<0.001
กลุ่มที่ใช้ระบบเดิม	9.7	3.0			10.3	3.4		
<b>พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนน)</b>								
กลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา	35.7	5.0	0.525	0.601	40.5	6.4	3.192	0.002
กลุ่มที่ใช้ระบบเดิม	35.0	5.5			36.2	5.4		
<b>ระดับความดันโลหิต</b>								
<b>Systolic (mmHg)</b>								
กลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา	149.2	10.0	-1.625	0.108	131.8	9.8	-8.811	<0.001
กลุ่มที่ใช้ระบบเดิม	153.2	11.6			153.1	11.6		
<b>Diastolic (mmHg)</b>								
กลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา	89.6	9.6	-0.383	0.703	79.8	8.6	-5.329	<0.001
กลุ่มที่ใช้ระบบเดิม	90.3	7.8			90.3	8.8		

2.2 กลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา พบว่า หลังการดำเนินการมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการดำเนินการ และมีระดับความดันโลหิตหลังการดำเนินการลดลง (ทั้งค่า Systolic และ Diastolic Blood Pressure) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.01$ ) ส่วนกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม หลังการดำเนินการมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกันกับก่อนการดำเนินการ และมีระดับความดันโลหิตหลังการดำเนินการ (ทั้งค่า Systolic และ Diastolic Blood Pressure) ไม่แตกต่างกันกับก่อนการดำเนินการ ( $p\text{-value}>0.05$ ) รายละเอียดดังตาราง 2

**ตาราง 2** ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการดำเนินการ ของกลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนาและกลุ่มที่ใช้ระบบเดิม (n = 40)

รายการ	กลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนา				กลุ่มที่ใช้ระบบเดิม			
	M	SD	t	P-value	M	SD	t	P-value
<b>ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (คะแนน)</b>								
ก่อนการดำเนินการ	10.6	2.6	-5.239	<0.001	9.7	3.0	-1.485	0.145
หลังการดำเนินการ	13.3	1.3			10.3	3.4		
<b>พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนน)</b>								
ก่อนการดำเนินการ	35.7	5.0	-3.779	0.001	35.0	5.5	-1.194	0.240
หลังการดำเนินการ	40.5	6.4			36.2	5.4		
<b>ระดับความดันโลหิต</b>								
<b>Systolic (mmHg)</b>								
ก่อนการดำเนินการ	149.2	10.0	9.145	<0.001	153.2	11.6	0.284	0.778
หลังการดำเนินการ	131.8	9.8			153.1	11.6		
<b>Diastolic (mmHg)</b>								
ก่อนการดำเนินการ	89.6	9.6	6.067	<0.001	90.3	7.8	0.070	0.944
หลังการดำเนินการ	79.3	8.6			90.3	8.8		

ทั้งนี้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ด้วยระบบที่พัฒนา พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.5 มีความพึงพอใจในระดับสูง รองลงมามีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 2.5 รายละเอียดดังตาราง 3

**ตาราง 3** จำนวน และร้อยละระดับความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ (100.0)
<b>ภาพรวม</b>		
ต่ำ (0 – 21 คะแนน)	0	0.0
ปานกลาง (22 – 28 คะแนน)	1	2.5
สูง (29 – 36 คะแนน)	39	97.5

M=34.0 SD=2.5 Min=24 Max=36

### อภิปรายผล

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้นี้ มีประสิทธิผลที่ดี คือทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น มีระดับความดันโลหิต (ทั้งค่า Systolic และ Diastolic Blood Pressure) ลดลง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการนำไปใช้ ซึ่งต่างจากระบบเดิมที่ให้การดูแลรักษาพยาบาล และให้ยาลดความดันโลหิตไปรับประทานเป็นหลัก มีประสิทธิผลน้อยกว่าการนำระบบที่ได้พัฒนาไปใช้ ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้ คำแนะนำ ประเมินพฤติกรรม ติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เน้นการแก้ปัญหาการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเป็นหลัก เป็นการกระตุ้นและแสดงถึงความห่วงใยช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Prochaska, Johnson & Lee, 2009) มีการให้กำลังใจ ช่วยวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการสื่อสาร ติดตามผ่านระบบโทรศัพท์โดย Line Application สอบถามความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม (Burbank, Reibe & Nigg, 2002) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความตระหนักในการเจ็บป่วย และตัดสินใจที่จะทำสิ่งใด ๆ เพื่อตอบสนองอาการผิดปกติ



(Supimol, 2014) มีการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองในด้าน สุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย (La-ongphon, 1990) เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี (Orem, 1995)

สอดคล้องกับการศึกษาของโจน และคณะ (Jones, 2013) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคล ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการป่วยเป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เจ๊ะปาตีหมีะ บินอิบรอเฮง และคณะ (Binibbroheng, Niyomdech, & Nualpakdee, 2012) ที่พบว่า การได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น และผู้ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก ถึงมากที่สุด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา วรหาร (Voraharn, 2018) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลาขวัญ พบว่า รูปแบบการดูแลตนเองโดยการให้ความรู้และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ให้อา และมีการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และดีกว่าการใช้รูปแบบเดิม ที่ให้การตรวจรักษา แล้วให้คำแนะนำต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ให้อาไปปรับปรุชทาน และการนัดหมายให้มาตรวจตามนัด เช่นกัน ศุภมิตร ปาณธูป (Panatoop, 2019) ได้ศึกษาการพัฒนาารระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด โดยใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยการแจ้ง/ติดตามให้ผู้ป่วยมาทำการรักษาตามนัดด้วยระบบการส่งข้อความแจ้งเตือน (Line Notify) ให้ความรู้ คำแนะนำ และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัดมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งดีกว่าการดูแลผู้ป่วยแบบเดิม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากถึงร้อยละ 90.0

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้นี้ พบจุดแข็งของระบบ คือ มีการติดตามผู้ป่วยให้มารักษาตามนัด ให้ความรู้ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลตนเอง และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยใช้ Line Application ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง นอกจากนี้ ระบบนี้เป็นการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยแต่ละรายที่ตรงจุดปัญหา แล้วนำมาปัญหาดังกล่าวมาช่วยเหลือให้คำแนะนำ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นการดูแลให้ความใส่ใจอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม แต่มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยต้องมี Smart Phone มีระบบ Internet ที่สามารถใช้ได้กับ Smart Phone และใช้ Application Line เป็น หากไม่มีหรือใช้ไม่เป็น ก็ควรใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบอื่น นอกจากนี้ ในส่วนของเจ้าหน้าที่ ก็ต้องมีทักษะในการสื่อสาร การให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อนำปัญหาดังกล่าวมาแก้ไขให้ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ก็มีข้อควรระวังในการใช้ คือ ต้องมีการติดตาม ซักถาม ดูแลใส่ใจ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในสิ่งที่ผู้ป่วยยังทำไม่ถูกต้อง และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงแรก ๆ ของการใช้ระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมักจะลังเล และจิตใจไม่เข้มแข็งพอ มักกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิม เพราะคิดว่าเป็นสิ่งที่ยาก ไม่อยากเปลี่ยนแปลง

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ควรพิจารณากำหนดเป็นนโยบายให้แต่ละ รพ.สต. นำระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้นี้ ไปใช้ดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของแต่ละ รพ.สต.
2. ในการนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ไปใช้ ควรต้องมีการพัฒนาศักยภาพ และทักษะของเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ ความสามารถในการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และในการปฏิบัติ ควรต้องรู้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ให้ความใส่ใจในการดูแลรักษาพยาบาล

มีสัมพันธภาพที่ดี ติดตาม ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้วยวิธีการที่เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย และปฏิบัติตามระบบที่ได้พัฒนาขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความเหมาะสมของวิธีการ/กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น
2. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ในแต่ละปี หรือเมื่อจำเป็น และได้ตรวจหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
3. ควรศึกษาการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยการประยุกต์ใช้ระบบในลักษณะดังกล่าวนี้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ เป็นต้น

### References

- Binibbroheng, J., Niyomdech, S., Nualpakdee, A. (2012). *Efficacy of Behavior Program with Telephone Follow-Up for Hypertension Patients*. Research Report. (in Thai).
- Blood Pressure Association of Thailand. (2015). *Guidelines for the Treatment of Hypertension in General Practice 2012, Revised Version 2015*. Retrieved April 12, 2020 Available from: <http://www.pharcpa.com/files/>
- Bo Phloi District Public Health Office. (2019). *Statistics of Non-Communicable Disease Patients in Bo Phloi District, Kanchanaburi Province*. Report paper.
- Burbank, P. M., Reibe, D., C. A. & Nigg, C. (2002). Exercise and Older Adults: Changing Behavior with the Transtheoretical Model. *Orthopedic Nursing, 21*(4), 51-63.
- Center for Continuing Pharmaceutical Education. (2020). *The 1<sup>st</sup> Academic Conference of Pharmacy Society of Thailand 2020, on "High Blood Pressure: What to Know and Need to Know"*. Retrieved August 2, 2020 Available from: [https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar\\_detail&subpage=seminar\\_detail&id=3115](https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=3115)
- Department of Disease Control. (2011). *Risk Behavior Survey, Non-Communicable Diseases and Injuries*. Retrieved April 12, 2020 Available from: <http://thaincd.com/informationstatistic/injureddata.Php>
- Dey, K. P., & Hariharan, S. (2006). Integrated Approach to Healthcare Quality Management: A Case Study. *The TQM Magazine, 18*(6), 583-605.
- Jone, H. (2013). Changes in Diabetes Self-Care Behaviors Make a Difference in Glycemic Control : the Diabetes Stages of Change (DiSC) Study. *Diabetes Care, 26*, 732-737.
- Kanchanaburi Public Health Office. (2019). *Hypertension Patients Report*. Kanchanaburi: kanchanaburi Public Health Office.
- La-ongphon, B. (1990). *The Relationship Between Perceived Self-Efficacy and Outcome Expectancy, and Health Practices in Patients with Opened Fracture of Lower Extremities After Receiving External Fixator*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Prince of Songkla University.
- Orem. D. E. (1995). Nursing Concepts of Practice. In K. M. Renpenning & S. G. Taylor (Eds.), (5<sup>th</sup> ed). St. Louis: Mosby Year Book.

- Panatoop, S. (2019). *The Caring System Development of Miss Appointment Diabetes Mellitus Patients*. Research report. (in Thai).
- Prochaska, J. O. Johnson, S. & Lee, P. (2009). The Transtheoretical Model of Behavior Change. in Shumaker, S A., Ockkrne, J. K. and Riekert, K. A. (ed), *The Handbook of Health Behavior Change*, 3<sup>rd</sup> ed. New York: Springer.
- Puangpetch L. (2009). Self-Care Behaviors and Complications of Patients with Hypertension. *Region 6 Medical J*, 23, 141-51.
- Supimol, W. (2014). *Health Behavior*. Chon Buri: Faculty of Public Health, Burapha University.
- Thai Hypertension Society. (2019). *2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension*. Chiang Mai: trickthink
- Thai Hypertension Society. (2020). *18<sup>th</sup> Annual Symposium, Thai Hypertension Society*. Retrieved September 12, 2020 Available from: [http://thaihypertension.org/files/452\\_1.Thai% 20Hypertension%20Conference%202020.pdf](http://thaihypertension.org/files/452_1.Thai%20Hypertension%20Conference%202020.pdf)
- Voraharn, A. (2018). *The Self Care Model Development of Diabetes Mellitus Patients at Lao Khwan Hospital*. Research Report. (in Thai).

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.  
ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี

The Effectiveness of Behavior Modification Programs to Promote Healthy Behaviors Complying with 3E 2S Program in People at Risk of Diabetes and Hypertension, Ban Nong Ri Health Promoting Hospital, Ban Luek Sub-district, Photharam District, Ratchaburi Province

ขนิษฐา สระทองพร้อม<sup>1\*</sup> และ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์<sup>2</sup>

Khanidtha Sratongprom<sup>1\*</sup> and Sutthisak suriruk<sup>2</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี<sup>1\*</sup>,

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี<sup>2</sup>

Public health Center Bannongri, Ban Lueak Subdistrict, Photharam District, Ratchaburi Province<sup>1\*</sup>,

Sirindhorn College of Public Health Suphanburi<sup>2</sup>

(Received: March 11, 2020; Revised: March 28, 20221; Accepted: April 10, 2021)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเลือก อำเภอ โพธาราม จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างได้มาจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง 1 พฤษภาคม 2561 จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2. แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมา ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยสถิติพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง Pair t-test ผลการวิจัยพบว่า

หลังการใช้โปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $M=3.13, SD=0.10$ ) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ( $M=2.14, SD=0.16$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.001$ )

ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ไปใช้ในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กที่มีภาวะอ้วน เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ

**คำสำคัญ:** โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พฤติกรรม 3 อ. 2 ส.

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nongri07956@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 061-6949893)

## Abstract

This quasi-experimental research, using a single group research scheme for pre- and post-experiment measurements, aimed to examine health promotion behaviors complying with 3E 2S program and to compare health behaviors before and after the program implementation in people at risk of diabetes and hypertension at Ban Nong Ri health promoting hospital, Ban Lueak sub-district, Photharam district, Ratchaburi province. Participants were 30 cases selected from the people at risk with diabetes and hypertension. Data collection was conducted between 1 April and 1 May 2018. The study tools included: 1) a health behavior modification program; 2) the data collecting forms of personal information and also diabetes and hypertension risk behavior information; and 3) the assessment form of health promotion behavior complying with 3E 2S. The data were collected before and after the implementation of the program and analyzed by using descriptive statistics in terms of percentage, mean and standard deviation, and also the inferential statistics linked to pair t-test. The results showed that:

After using the program, the mean score for health promotion behavior ( $M = 3.13$ ,  $SD = 0.10$ ) was significantly higher than before implementing the program ( $M = 2.14$ ,  $SD = 0.16$ ) ( $p < .001$ ).

It could be concluded that the behavior modification program complying with 3E 2S should be applied to promote health for elderly people and overweight children, for example.

**Keywords:** Behavior Modification Program, the Behavior 3E 2S

## บทนำ

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมือง สังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงหลายด้านเช่น การเปลี่ยนแปลงด้านชุมชน และวัฒนธรรม รวมทั้งภาวะสุขภาพของคนไทย โดยเฉพาะวิถีชีวิตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการบริโภคมีการเปลี่ยนแปลง การทำงานอย่างเร่งรีบโดยเฉพาะกลุ่มที่มีเวลาจำกัด เป็นเหตุให้เกิดความสนใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวน้อยลงทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขซึ่งสาเหตุการตายของประเทศไทย 3 อันดับแรกได้แก่อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งตามลำดับ พบว่าเป็นสาเหตุการตายมากกว่าร้อยละ 50 โรคดังกล่าวประเทศไทยเรียกว่า โรควิถีชีวิตคือไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อโรคแต่เกิดมาจากสาเหตุการใช้วิถีชีวิตแบบสังคมคนเมืองสมัยใหม่ที่มีพฤติกรรมกินเปลี่ยนแปลงไป โดยบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่มาจากขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลมและเครื่องดื่มประเภทกาแฟและน้ำผลไม้ที่เติมน้ำตาล อาหารสำเร็จรูปประเภทถุงมีวางจำหน่ายหาซื้อง่าย ราคาถูก การโฆษณาอาหารที่ให้พลังงานสูง อาหารบริการด่วนและบริการส่งถึงบ้านทำให้อาหารที่ให้พลังงานสูงที่นาน ๆ เคยได้กินที่กลายเป็นสิ่งที่กินได้ทุกวัน กินผักผลไม้ น้อย คนไทยเฉลี่ยกินผักและผลไม้วันละ 270 กรัม ซึ่งต่ำกว่าปริมาณที่แนะนำวันละ 400 กรัมต่อวัน และขาดการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้คนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้คนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น จากการศึกษาความชุกของโรคอ้วน พบว่าประเทศไทยมีความชุกโรคอ้วนร้อยละ 50 (สุพิชชา วงศ์จันทร์, 2557)

ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายในการสร้างสุขภาพนำข้อมเพื่อแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง โดยเน้นการคัดกรองสุขภาพ จากสถิติที่กล่าวมาข้างต้นของผู้ที่เป็นโรคโดยไม่ได้รับการคัดกรองโรคและไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคมามาก่อน ยังมีจำนวนมากซึ่งบ่งชี้ถึงปัญหาของการคัดกรองที่ไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการได้รับการคัดกรองและการเฝ้าระวังโรค การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรค รวมถึงปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการรักษา

ซึ่งเป็นปัญหาด้านการควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการลดอัตราการตาย กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (วิชัย เทียนถาวร, 2556) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมตัวอย่างเช่น ประชาชนปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในระดับน้อยถึงปานกลางได้แก่ กินข้าวมากกว่า 6 ทัพพีต่อวัน กินผัก 2-3 ทัพพีต่อวัน ต้มชา กาแฟ โอเลี้ยง มากกว่า 1 แก้วต่อวัน กินอาหารรสเค็มจัดที่ปรุงด้วยเกลือปริมาณมากกว่า 1 ช้อนชาต่อวันการดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ การไม่ออกกำลังกายและอาการของความเครียดที่เป็นบ่อยครั้ง คือ วิตกกังวลจนนอนไม่หลับเมื่อทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจรวมทั้งมีการผ่อนคลายความเครียดไม่เหมาะสม และองค์การอนามัยโลกยังทำนายไว้ว่าประชากรทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือด 23 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 และในจำนวนนี้ร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (กรมควบคุมโรค, 2555)

จากที่คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรีได้ลงพื้นที่ในการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประจำปีงบประมาณ 2561 ในพื้นที่หมู่ 6, 7, 8, 9 ตำบลบ้านเลื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ได้รับการคัดกรองจำนวน 2094 ราย ได้ข้อมูลดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จำนวน 40 ราย ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จำนวน 10 ราย และพบกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงร้อยละ 54.82 กลุ่มเสี่ยงเบาหวานร้อยละ 4.15 เสี่ยงจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ดังนี้ เสี่ยงจากพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 2.18 เสี่ยงจากการดื่มสุราร้อยละ 3.05 เสี่ยงจากการไม่ออกกำลังกายร้อยละ 16.26 เสี่ยงจากออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ร้อยละ 20.22 เสี่ยงจากการทานอาหารหวานจัดร้อยละ 13.15 เสี่ยงจากการทานอาหารเค็มจัดร้อยละ 15.17 เสี่ยงจากการทานอาหารมันจัดร้อยละ 9.68 และจากข้อมูลที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรีได้พบคือมีผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจำนวนมากจากการคัดกรอง จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี จึงมีแนวคิดที่จะค้นหาปัญหา สาเหตุของการเกิดโรค วางแผน พร้อมกับมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรีจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. คือ 1) อ. อาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและเพียงพอไม่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็นและอาหารรสจัด 2) อ. ออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและรอบพุงโดยใช้ธัญพืชหรือเต้านแอโรบิก 3) อ. อารมณ์โดยการเข้าวัดปฏิบัติธรรม 1) ส. ไม่สูบบุหรี่ 2) ส. ไม่ดื่มสุราหรือสารเสพติดโดยใช้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับใช้และพัฒนาในบริการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพนำความรู้ ไปใช้ในเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ และเป็นแนวทางในการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครอบครัวและชุมชน เพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์วิจัย

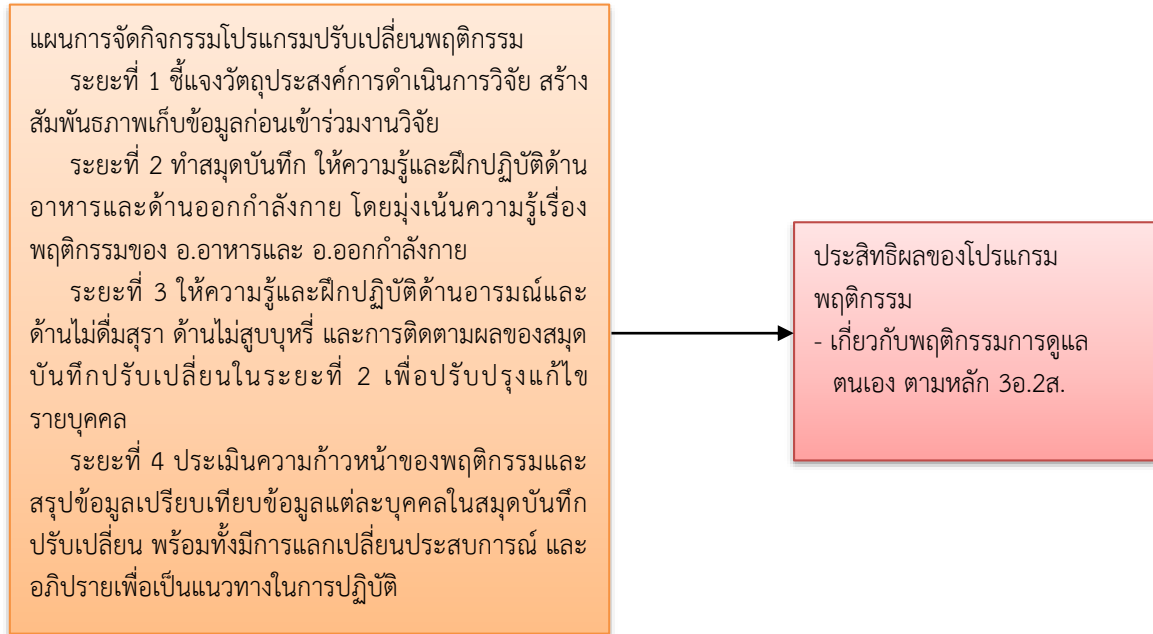
เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

### สมมุติฐานวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เพิ่มขึ้น

### กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ใช้แนวคิดของ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ในการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง การทดลอง (One Group Pretest- Posttest Design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีค่า BP>120/80-139/89 mmHg หรือกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่มีค่าน้ำตาลในเลือด >100-125 mg/dl จำนวน 231 คน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเลือก อำเภอโศกราม จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงที่มีพันธุกรรมสายตรงพ่อแม่พี่น้องเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน ที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเลือก อำเภอโศกราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สนใจที่จะสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน

#### เกณฑ์ในการคัดเลือก

1. เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีพันธุกรรมสายตรงพ่อแม่พี่น้องเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน โดยหลักเกณฑ์ดังนี้

- 1.1 กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีค่า BP>120/80-139/89 mmHg
- 1.2 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่มี ค่าน้ำตาลในเลือด >100-125 mg/dl
- 1.3 เป็นผู้มีสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย อ่านออกเขียนได้

1.4 สมัยครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัย ตลอดระยะเวลา 1เดือน

1.5 เป็นผู้ที่สามารถตอบคำถามเองได้

#### เกณฑ์ในการคัดออก

1. มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยขอลถอนตัว

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ผู้ดูแล คนทำอาหาร ประสบการณ์ความรู้3อ.2ส. และค่าBMI

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส.ทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ มี 5 ข้อ ด้านอาหาร มี 7 ข้อ ด้านออกกำลังกาย มี 3 ข้อ ด้านการไม่ดื่มสุรา มี 2 ข้อ ด้านการไม่สูบบุหรี่ มี 2 ข้อ รวมทั้งหมด 19 ข้อ ลักษณะทำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1ถึง 4 คะแนนซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 6-7 วัน ต่อสัปดาห์ (4 คะแนน)
ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 3-5 วัน ต่อสัปดาห์ (3 คะแนน)
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 1-2 วัน ต่อสัปดาห์(2คะแนน)
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติตามข้อนั้นเลย (1 คะแนน)

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความด้านบวก		ข้อความด้านลบ	
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	= 4 คะแนน	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	= 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อย	= 3 คะแนน	ปฏิบัติบ่อย	= 2 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	= 2 คะแนน	ปฏิบัตินานๆครั้ง	= 3 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	= 1 คะแนน	ไม่ปฏิบัติ	= 4 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายแบบอิงเกณฑ์ (Best. 1970) ดังนี้

คะแนน 1.00 – 2.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส.ต่ำ
คะแนน 2.01 – 3.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส.ปานกลาง
คะแนน 3.01 – 4.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส.สูง

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรง (Validity) การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ (Content Validity Index: CVI) โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งชุด (S-CVI) ซึ่งจะต้องได้ค่ามากกว่า 0.80 (Polit & Beck, 2012) ในครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.90 แล้วจึงนำไปทดลองใช้ จำนวน 5 คน เพื่อความชัดเจนและข้อคำถามไม่กำกวม ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงที่มีพันธุกรรมสายตรงพ่อแม่พี่น้องเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน ที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพ ตำบลหนองโพ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.801



## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตทำการวิจัย โดยนำหนังสือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ไปยังฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลโพธาราม ซึ่งเป็นขออนุญาตในการศึกษาและเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว พร้อมขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ผู้วิจัยอธิบายบทบาทของผู้วิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล รวมถึงวิธีการปฏิบัติตลอดจนเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนลงมือปฏิบัติและอธิบายวิธีการทำความเข้าใจในการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดพุง เพื่อให้อาสาสมัครเตรียมความพร้อมความเข้าใจของตนเองในการวิจัย

### ขั้นการทดลอง

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดพุง เป็นโปรแกรมเพื่อที่จะลดน้ำหนักหรือรอบเอว ลดน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้ที่เสี่ยงเบาหวาน และลดค่าความดันให้เหมาะสมสำหรับบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านการดื่มไม่สุรา ด้านการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 เดือน มีดังต่อไปนี้

ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านอาหารและด้านออกกำลังกาย โดยมุ่งเน้นสร้างสัมพันธ์และให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมของ อ.อาหารและ อ.ออกกำลังกาย

ระยะที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างการประเมินพฤติกรรมในการทำแบบสอบถาม (pre-test) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินข้อมูลพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มเสี่ยง

ระยะที่ 2 เริ่มจากทำสมุดบันทึกรายบุคคล ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านอาหารและด้านออกกำลังกาย มีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารและด้านออกกำลังกาย โดยใช้สื่อภาพนิ่ง (Powerpoint) ในการอบรมถ่ายทอดความรู้ และฝึกปฏิบัติด้านอาหารโดยใช้ตารางโภชนาการในการกำหนดเมนูอาหารให้เพื่อไม่ให้มากเกินไปและเวลาในการรับประทานอาหารที่ถูกต้องพร้อมกับตารางออกกำลังกายที่จะบอกวิธีและเวลาที่เหมาะสมในแต่ละวัน และเมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรมตามตารางให้จดบันทึกลงในสมุดบันทึกปรับเปลี่ยนส่วนบุคคลแต่ถ้าเมื่อปฏิบัติไม่ได้ให้ลงข้อมูลพร้อมเหตุผลว่าเพราะเหตุใดเช่น ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะไปงานแต่ง หรือไม่ได้ทานอาหารตามเมนูเพราะแพ้อาหารนั้น ๆ

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย ระยะที่ 3 มีวัตถุประสงค์ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านอารมณ์ และด้านไม่ดื่มสุรา ด้านไม่สูบบุหรี่ และการติดตามผลของสมุดบันทึกปรับเปลี่ยนในระยะเวลาที่ 2 เพื่อปรับปรุงแก้ไขรายบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นความรู้เรื่องพฤติกรรมของ อ.อารมณ์ ส.ไม่สูบบุหรี่ ส.ไม่ดื่มสุรา

ระยะที่ 3 ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านอารมณ์ และด้านไม่ดื่มสุรา ด้านไม่สูบบุหรี่ มีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านอารมณ์จะใช้พระพุทธศาสนาเข้ามาโดยกราบอาราธนาธรรมพระภิกษุมาให้ความรู้ แนวคิด แนวปฏิบัติ ในด้านอารมณ์มีการฝึกจิต การปล่อยวางและฝึกสมาธิเช่น การเดินจงกรม การสวดมนต์แผ่เมตตา การนั่งสมาธิ เป็นต้น และในด้านการไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่จะใช้สื่อภาพนิ่ง (Powerpoint) ในการอบรมถ่ายทอดความรู้ในเรื่องของโทษของบุหรี่และโทษของสุรา มีการทำกลุ่มสนทนาและออกมานำเสนอถึงทางออกของการเลิกบุหรี่หรือสุรา การหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ทักษะปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มหรือสูบบุหรี่

สัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วยระยะที่ 4 และการติดตามผลของสมุดบันทึกปรับเปลี่ยนในระยะเวลาที่ 2 เพื่อปรับปรุงแก้ไขรายบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นกิจกรรมทั้ง 5 ด้านด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเอง

ระยะที่ 4 กิจกรรมฐานความรู้ 5 ด้าน ทั้งหมด 5 ฐาน  
 ฐานที่ 1 ด้านอาหารและความรู้เรื่องโภชนาการ สามารถเลือกอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละมื้อ  
 ฐานที่ 2 ด้านการออกกำลังกายเช่น การเดินแอโรบิก บาสโลป รำไม้พอง  
 ฐานที่ 3 ด้านอารมณ์ โดยการให้วิธีหัวเราะบำบัด  
 ฐานที่ 4 ด้านไม่ดื่มสุรา คือเกมส์หมุนเหรียญร้อยลูกปัด โดยจะให้ผู้เล่นหมุนรอบตัวเอง 5-7 รอบแล้วเดินไปร้อยลูกปัด กิจกรรมเกมส์นี้เพื่อสื่อให้ผู้เล่นได้ทราบถึงฤทธิ์ของการดื่มสุราจะมีอาการมึนเมาและทำให้เสียการทรงทรงตัวและสติ

ฐานที่ 5 ด้านการไม่สูบบุหรี่ เป็นการทดลองความอันตรายของบุหรี่ โดยใช้ขวดน้ำที่มีน้ำอยู่เต็มขวดและเจาะรูด้านล่างเพื่อให้ น้ำดูดควันจากบุหรี่ที่อยู่ใต้อ่างขวดดูดควันเข้าไปในขวดน้ำ แล้วรอนจนน้ำหมดและบุหรี่หมด หลังจากนั้นนำสำลีมาอุดที่ปากขวดพร้อมเป่าลมเข้าไปในขวดตรงรูที่เจาะไว้สังเกตสีของสำลีที่เป็นสีน้ำตาลเพราะสารอันตรายในบุหรี่

ขั้นหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 4 เน้นการประเมินพฤติกรรมและผลลัพธ์หลังการเข้าร่วมการวิจัย ประเมินแบบสอบถาม (Post-test) เพื่อทราบความก้าวหน้าของพฤติกรรมและสรุปข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูลแต่ละบุคคลในสมุดบันทึกปรับเปลี่ยนในระยะเวลาที่ 2 พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และอภิปรายเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้แจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้ Pair t-test

ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) โดยการทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) หรือไม่ด้วยการทดสอบจากสถิติ Shapiro-Wilk Test Test พบว่า ข้อมูลทักษะการคิดวิเคราะห์มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ( $p=.200$ )

**จริยธรรมวิจัย**

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ได้เลขจริยธรรมหมายเลข 38/2561

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

**ตาราง 1** แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	8	26.67
หญิง	22	73.33
<b>อายุ</b>		
น้อยกว่า 39 ปี	8	26.67
40 ปีขึ้นไป	22	73.33

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>การศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	14	46.67
มัธยมศึกษา	8	26.67
อนุปริญญา	5	16.66
ปริญญา	3	10.00
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
น้อยกว่า 10,000 บาท	15	50.00
10,000 บาทขึ้นไป	15	50.00
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	8	26.66
คู่/สมรส	19	63.33
หม้าย	2	6.67
หย่า/แยก	1	3.33
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	3.33
เกษตรกรกรรม	6	20.00
รับจ้าง	10	33.33
ค้าขาย	13	43.34
<b>ผู้ดูแล</b>		
ภรรยา/สามี	15	50.00
บุตรหลาน	5	16.67
พี่น้อง	4	13.33
พ่อ แม่ และญาติ	5	16.67
เพื่อน	1	3.33
<b>คนทำอาหาร</b>		
ทำด้วยตนเอง	15	50.00
ภรรยา/สามี	1	3.30
บุตร/หลาน	1	3.30
พี่น้อง	2	6.70
เพื่อน/ญาติ	1	3.30
ซื้อรับประทาน	10	33.40
<b>ประสบการณ์ได้รับความรู้3อ.2ส.</b>		
ไม่ได้รับความรู้	16	53.33
ได้รับความรู้	14	46.67
<b>BMI</b>		
ผอม (น้อยกว่า 18 kg/m <sup>2</sup> )	1	3.33
ปกติ (18.6 – 24.9 kg/m <sup>2</sup> )	14	46.67
อ้วน (25.0 – 29.9 kg/m <sup>2</sup> )	10	33.33
อ้วน (มากกว่า 30 kg/m <sup>2</sup> )	5	16.67

จากตาราง 1 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.33 มีอายุ 40 ปีขึ้นไปร้อยละ 73.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.66 มีรายได้เฉลี่ย 10,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 43.33 มีผู้ดูแลเป็นภรรยา/สามีร้อยละ 50.00 ประกอบอาหารด้วยตนเองร้อยละ 50.00 ไม่เคยได้รับความรู้ด้าน 3 อ.2 ส. ร้อยละ 53.33 และมีค่า BMIปกติ (18.6 – 24.9kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 46.66

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส.ของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี

**ตาราง 2** การวิเคราะห์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก3อ.2ส.ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง

ชื่อ ที่	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 อ. 2 ส.	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
		M	SD	M	SD
<b>อาหาร</b>					
1.	รับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่	1.96	0.71	3.03	0.49
2.	รับประทานอาหารเช้า*	3.53	0.57	2.23	0.43
3.	รับประทานอาหารเช้าครบ รับประทานพวอิม*	3.36	0.71	2.00	0.64
4.	เน้นอาหารต้ม นึ่ง ย่าง แทนการทอด	1.60	0.62	3.10	0.48
5.	รับประทานอาหารหวาน ขนมหวาน*	3.16	0.46	1.96	0.41
6.	รับประทานอาหารที่ทอดหรือผัด*	3.43	0.62	2.30	0.53
7.	ดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน หรือชา กาแฟ*	3.10	0.54	1.83	0.69
<b>การออกกำลังกาย</b>					
8.	ต้องทำงานไม่มีเวลาออกกำลังกาย*	3.53	0.62	3.53	0.57
9.	ออกกำลังกายเช่น เดินแอโรบิก เล่นกีฬา	2.26	0.63	3.33	0.71
10.	ออกกำลังกายติดต่อกันนานเป็นเวลา 30 นาที	1.76	0.50	2.70	0.65
<b>อารมณ์</b>					
11.	รู้สึกหงุดหงิด โมโหง่าย ใจร้อน*	3.33	0.47	2.23	0.50
12.	รู้สึกท้อแท้ เหนื่อยล้า ทมดแรง*	3.33	0.76	1.90	0.54
13.	รู้สึกมีความสุขกับที่เป็นอยู่	2.03	0.55	3.56	0.72
14.	เข้าวัด ทำบุญ ปฏิบัติธรรม ฟังเทศน์	1.83	0.53	2.96	0.85
15.	ฝันในสิ่งที่ไม่ดี หรือเรื่องที่ทำให้รู้สึกแย่*	3.13	0.68	1.70	0.53
<b>สูบบุหรี่</b>					
16.	มีพฤติกรรมสูบบุหรี่*	1.16	0.64	1.10	0.40
17.	คนในครอบครัวหรือที่ทำงานท่านสูบบุหรี่*	2.03	0.92	1.16	0.37
<b>สุรา</b>					
18.	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์*	1.30	0.79	1.13	0.43
19.	ท่านขับขี่ยานพาหนะเมื่อมีอาการมึนเมา*	1.20	0.61	1.00	0.00

หมายเหตุ \* หมายถึงข้อคำถามนิเสธ

จากตาราง 2 พบว่า หลังจากการทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส.พบว่า พฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส.ในด้านอาหาร การรับประทานอาหารเช้าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 3.53 (SD= 0.57) หลังการทดลองลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 2.23 (SD= 0.43) และการดื่มน้ำอัดลม น้ำหวานหรือชา กาแฟก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 3.10 (SD= 0.54) หลังการทดลองลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 1.83 (SD= 0.69) ในด้านการออกกำลังกาย

กาย พบว่าการออกกำลังกายเช่น เดินแอโรบิก เล่นกีฬาก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.26 ( $SD= 0.63$ ) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นค่าเฉลี่ย 3.33 ( $SD= 0.71$ ) ด้านอารมณ์พบว่าการรู้สึกมีความสุขกับที่เป็นอยู่ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.03 ( $SD=0.55$ ) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นค่าเฉลี่ย 3.56 ( $SD= 0.72$ ) และการฝันในเรื่องที่ไม่ดีหรือเรื่องที่ทำให้รู้สึกแย่ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 3.13 ( $SD= 0.68$ ) หลังการทดลองลดลงค่าเฉลี่ย 1.70 ( $SD= 0.53$ ) ในด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 1.16 ( $SD= 0.64$ ) หลังการทดลองลดลงเป็นค่าเฉลี่ย 1.10 ( $SD= 0.40$ ) และคนในครอบครัวหรือที่ทำงานท่านสุขภาพก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.03 ( $SD= 0.92$ ) หลังการทดลองลดลงเป็นค่าเฉลี่ย 1.16 ( $SD= 0.37$ ) ในด้านการไม่ดื่มสุรา การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 1.30 ( $SD= 0.79$ ) หลังการทดลองลดลงเป็นค่าเฉลี่ย 1.13 ( $SD= 0.43$ )

**ตาราง 3** ตารางการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 อ. 2 ส.	M	SD	df	t	p-value (1-tailed)
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
ก่อนการทดลอง	2.14	0.16			
หลังการทดลอง	3.13	0.10	29	-26.98	<.001

จากตาราง 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองมีค่า 2.14 และหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 3.13 เมื่อนำค่าเฉลี่ย การส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง มาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ภายหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

### อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.33 มีอายุ 40 ปีขึ้นไปร้อยละ 73.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.66 มีรายได้เฉลี่ย 10,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 43.33 มีผู้ดูแลเป็นภรรยา/สามีร้อยละ 50.00 มีค่า BMI ปกติ ( $18.6 - 24.9 \text{ kg/m}^2$ ) ร้อยละ 46.66 ประกอบอาหารด้วยตนเองร้อยละ 50.00 และไม่เคยได้รับความรู้ด้าน 3 อ. 2 ส. ร้อยละ 53.33 สอดคล้องกับ สำรวย กลยณีนี (2562) ได้ทำการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3 อ. 2 ส. ร่วมกับแรงสนับสนุน ทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3 อ. 2 ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่เขตพื้นที่ตำบลบ้านนาคำ จังหวัดสกลนคร จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม และเครื่องมือที่ใช้ทดลองเป็นโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลัก 3 อ. 2 ส. โดยใช้ระยะเวลา 6 เดือนวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired-Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่มีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001, < .001$  และ  $< .001$  ตามลำดับ)

หลังจากการทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่าพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในด้านอาหาร การรับประทานอาหารเค็มก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 3.53 ( $SD=0.57$ ) หลังการทดลองลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 2.23 ( $SD= 0.43$ ) และการดื่มน้ำอัดลมน้ำหวานหรืออากาศก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 3.10 ( $SD=$

0.54) หลังการทดลองลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 1.83 ( $SD= 0.69$ ) ในด้านการออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกาย เช่น เดินแอโรบิก เล่นกีฬา ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.26 ( $SD= 0.63$ ) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นค่าเฉลี่ย 3.33 ( $SD=0.71$ ) ด้านอารมณ์พบว่าความรู้สึกมีความสุขกับที่เป็นอยู่ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.03 ( $SD=0.55$ ) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นค่าเฉลี่ย 3.56 ( $SD=0.72$ ) ซึ่งสอดคล้องกับรุจิรารงค์ วรรณธนาทัศน์ (2560) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่ม วัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experiment, One Group Pre-test Post-test Design) กลุ่มตัวอย่างแบ่ง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 75 ปี ที่สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมาเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุสุขภาพดินนครปฐม ตำบลพระปฐมเจดีย์ และโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ สุขภาพดี ตำบลนครชัยศรี จำนวน 50 คน และเครือข่าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน ารวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าร้อยละ ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบ คือ Paired-Samples t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่  $p \leq .001$  มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่  $p \leq .001$  มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออก กกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่  $p \leq .001$  และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับที่  $p \leq .001$

และจากงานวิจัยของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรีโดยสรุป พบว่าค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อน การทดลองมีค่า 2.14 และหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 3.13 เมื่อนำค่าเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง มาเปรียบเทียบกับวิธีทาง สถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.ภายหลังการทดลองมีค่าสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับ นวลนิตย์ ไชยเพชร (2560) ได้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอบึงเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานีโดยเป็นกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ามารับ บริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพหวาย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 1 เดือน กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบ สัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

### การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากโปรแกรมมีการแนะนำการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ พฤติกรรม ชี้แจง และขั้นตอนการปฏิบัติควบคุมด้านอาหารเช่น การควรบริโภคในปริมาณที่พอเหมาะควรระวังใน การใช้น้ำมันน้ำตาลและเกลือ น้ำปลาหรือซอสปรุงรส ต้องมีปริมาณที่ไม่มากเกินไป เพื่อให้บริโภคอาหารให้

เพียงพอและปริมาณพอเหมาะ จึงแนะนำการบริโภคอาหารตาม “ธงโภชนาการ” ใน ด้านอารมณ์ เช่นการเสริมสร้างภาวะอารมณ์ที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ เช่น หัวเราะบำบัด เป็นต้น ด้านการออกกำลังกายมีทำกิจกรรมให้มีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นครั้งละ 150 แคลอรี หรือ เคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายแบบแอโรบิคด้วยความหนักระดับรุนแรงอย่างน้อยวันละ 20 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และด้านการไม่ดื่มสุรา การให้ความรู้เพื่อให้ตระหนักถึงโทษของการดื่มสุราที่ส่งผลต่อสุขภาพอย่างไรทำอย่างไรถึงจะสามารถลดหรือเลิกสุราได้ ด้านไม่สูบบุหรี่ การให้ความรู้ในการดมควันบุหรี่มีผลต่อระดับความดันโลหิตในร่างกายเป็นต้น ได้อย่างชัดเจน เพื่อแก้ไขปัญหา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเป็นการ ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส.
2. มีการนำเสนอเผยแพร่และควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส. ไปใช้ในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กที่มีภาวะอ้วน เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ
3. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส.

### References

- กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2555). รายงานสรุปข้อมูลการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำข้อมูลโรคไม่ติดต่อระดับประเทศในการประชุม UN General Assemble High-Level Meeting on the Prevention and Control of Non Communicable Diseases. กรุงเทพฯ:บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). *โครงการส่งเสริมการรณรงค์และขยายผล ศูนย์เรียนรู้องค์กรต้นแบบไร้พุงต้นแบบสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). คู่มือลดพุงลดโรค.หน้า 1-10.*
- นวลนิตย์ ไชยเพชร อุดมศิลป์ แก้วกล้า, สิทธิพงษ์ สอนรัตน์ และยุวดี วิทยพันธ์. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี Non Communicable Diseases (NCD's) High Risk Patients: Effectiveness of a Health Behaviors Changing Programs on Health Behavior in Suratthani. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 45-59.
- ปัญญา ไข่มุก. (2556). *คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านกระดูก ข้อ และวิทยาศาสตร์การกีฬา สสส. เรื่อง ลดพุง ลดโรค ปี 2556.*
- รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 36(1), 2-11.
- สิริวัฒน์ आयวัฒน์, อภิเชษฐ์ พูลทรัพย์ และนิดา มีทิพย์. (2560). *การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในประชาชน.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(พิเศษ), 131-145.

- สุพิชชา วงศ์จันทร์. (2557). อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 1-28.
- สำรวย กลยณี และศศิวรรณ ทัดสนเอี่ยม .(2562). ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงราใหม่. วารสารราชพฤกษ์ 17(2), 95-104.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3 ปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อรรถพงษ์ เพ็ชรสุวรรณ. (2552). พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานกรณีศึกษา ผู้รับบริการทางการแพทย์เขตสถานีอนามัย อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต .วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 (ก.ย.-ธ.ค. 61). หน้า 11-16.



ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย  
โรคติดสุรา โรงพยาบาลกระเสสินธุ์ จังหวัดสงขลา  
Effects of Family Counseling Program on Caregivers' Perception towards  
Caregiving Burden for Alcohol-Dependent Patients  
in Krasaesin Hospital, Songkhla Province

กุสุมา แก้วแดง\*  
Kusuma Kaewdang\*  
โรงพยาบาลกระเสสินธุ์\*  
Krasaesin Hospital\*

(Received: March 8, 2021; Revised: April 11, 2021; Accepted: April 12, 2021)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลกระเสสินธุ์ จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ดัชนีความสอดคล้องกับ 1.0 และแบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้ภาระการดูแล เชื่อมมันสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบค่าคะแนนของการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวโดยใช้ Wilcoxon Signed – Ranks Test ผลการวิจัยพบว่า

หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวช่วยลดการรับรู้ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราได้ตั้งนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวไปปรับใช้ในการส่งเสริมเพื่อลดการรับรู้ภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ในคลินิกสุขภาพใจ คลินิกโรคเรื้อรัง และสถานพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลกระเสสินธุ์ รวมถึงคลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาล

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัว, การรับรู้ภาระการดูแล, ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา, ผู้ป่วยโรคติดสุรา

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: k.kaewdang@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 090-2261693)

## Abstract

This quasi-experimental study with one-group pretest-posttest design aimed to explore the effect of family counseling program on caregivers' perception towards caregiving burden for alcohol-dependent patients. The participants were 14 caregivers of people with alcoholic dependence syndrome who received the service at psychological clinic, Krasaesin Hospital. Questionnaires relating caregiving burdens, with the item objective congruence (IOC) 1.0 and Cronbach's alpha coefficient 0.89, were used for pretest and posttest after engaging in the family counseling program. The data was analyzed using descriptive statistics: frequency, percentage and mean, and analytical statistics: Wilcoxon Signed – Ranks Test. The results revealed that:

After involving in the family counseling program, participants had lower score level of perception towards caregiving burden than the score level prior attending the program at a 0.001 statistical significance level.

The results of this study indicated that family counseling program could reduce the perception towards caregiving burden for alcohol addict patients. Thus, healthcare teams should also apply this family counseling program to reduce the perception towards caregiving burden in other clinics such as Sukaparp jai and chronic disease clinic and in the healthcare hubs under Krasaesin Hospital network including alcohol therapeutic clinic Krasaesin Hospital.

**Keywords:** family counseling program, caregivers for alcoholic dependent patient, caregiving burden, perception, alcohol dependence

## บทนำ

การดื่มสุร่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบประชากรทั่วโลกที่ดื่มสุร่าประมาณ 2,000 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรโลก และ 15-20 ล้านคน ป่วยเป็นโรค พิษสุร่าเรื้อรัง ในประเทศไทยพบว่าผู้ดื่มสุร่า เป็นลำดับที่ 40 ของโลก และเป็นอันดับที่ 3 ของเอเชีย ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้ติดสุร่า ร้อยละ 31.5 หรือ ประมาณ 17 ล้านคน และยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นราว 250,000 คนต่อปี โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ประมาณ 5 เท่า ร้อยละ 37.3 เป็นวัยทำงาน (25-59 ปี) ซึ่งมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว (อรัญญา สาลี และเสาวคนธ์ วีระศิริ, 2563) จากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุร่าของประชากรใน ปี 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่ไม่เคยดื่มสุร่าเลย ร้อยละ 57.2 ผู้ที่เคยดื่มแต่ไม่ดื่มในรอบปีที่แล้ว ร้อยละ 14.4 ผู้ที่ดื่มในรอบปีที่แล้ว ร้อยละ 28.4 โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ ร้อยละ 12.5 และเป็นผู้ที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 15.9 กลุ่มอายุ 25-44 ปีมีอัตราการดื่มสุร่าสูงสุด เพศชายมีอัตราการดื่มสุร่าสูงกว่าเพศหญิงถึง 4.5 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

การดื่มสุร่านอกจากส่งผลต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยที่ดื่มสุร่า พบว่า ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ร้อยละ 84.8 โดย ร้อยละ 37.0 ขาดคนทำงานช่วยครอบครัวและ ร้อยละ 27.8 พบปัญหาทางการเงินของครอบครัว รองลงมาคือผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ ของคนในครอบครัว ร้อยละ 74.6 โดยร้อยละ 33.3 เกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจากการดูแล ผู้ที่ดื่มสุร่ารองลงมาคือร้อยละ 31.5 การมีปัญหายาในครอบครัวหรือมีปัญหาชีวิตสมรส และการเป็นโรควิตกกังวลหรือซึมเศร้ารู้สึกไม่สบายใจจากการดื่มสุร่าของสมาชิกใน ครอบครัว และผลกระทบด้านสังคมพบร้อยละ 61.7 โดยการเป็นคู่กรณีของอุบัติเหตุทางจราจร ร้อยละ 15.7 (กนกวรรณ จังอินทร์ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560)

การมีผู้ป่วยติดสุราในครอบครัว ถือเป็นภาวะเจ็บป่วยของครอบครัว ครอบครัวนอกจากเป็นเกราะป้องกันสมาชิกของครอบครัวให้ห่างไกล การดื่มสุราแล้ว ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ที่ติดสุรา สามารถเลิกสุราได้สำเร็จอีกด้วย (อรัญญา สาลี และเสาวคนธ์ วีระศิริ, 2563) ซึ่งขณะเดียวกันการดื่มสุราของสมาชิกในครอบครัวก็มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัว ซึ่งปัญหาครอบครัวที่เกิดจากการดื่มสุรา เป็นปัญหาด้านบทบาทหน้าที่ ขาดคนช่วยทำงาน ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ร้อยละ 84.8 พบว่า คนในครอบครัวมีปัญหาด้านร่างกาย และจิตใจ ร้อยละ 74.8 (กนกวรรณ จังอินทร์ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560) โดยเฉพาะหัวหน้าครอบครัวที่ดื่มแบบอันตราย จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ภรรยาต้องรับผิดชอบมากขึ้น ต้องตัดสินใจมากขึ้นและในที่สุดต้องรับบทบาทหัวหน้าครอบครัวแทนสามี ครอบครัวที่สมาชิกไม่มีศักยภาพในการปรับตัวมักใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้ปัญหาในครอบครัวไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิด ความเครียด และมีมหาทางระบายความเครียดโดยการดื่มสุรา ดังนั้น ครอบครัวจำเป็นต้องเรียนรู้ทักษะการปรับตัว และมีเทคนิคในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุรา ให้สามารถปฏิเสธการดื่มสุราได้ (ยุพา จิวพัฒนกุล, 2555)

การให้คำปรึกษาครอบครัว โดยนำแนวคิดขั้นตอนการให้คำปรึกษาของ เซอร์แมนและโบห์แลนด์เลอร์ (Sherman and Bohlander, 1998) ร่วมกับประยุกต์แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวของ เวอร์จิเนีย ซาเทียร์ (Virginia Satir) เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัว เนื่องจากปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นปัญหาที่กระทบกับครอบครัว ดังนั้นสมาชิกครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการแก้ไข ผู้ดูแลหรือครอบครัวจึงควรได้รับการปรึกษา โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สำรวจปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ความรู้สึก ความต้องการ และความคาดหวัง ของผู้ดูแล และทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจโรคติดสุรา ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัว และรับรู้แหล่งสนับสนุน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งผลต่อการลดการรับรู้ภาระการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของดุซงกี เล็บขาว, เพ็ญญา กุลนาคาด และระพีพันธ์ ฉายวิมล (2562) พบว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยลดระดับความเครียด และพัฒนาตนเองให้ทันต่อพฤติกรรม และเพิ่มความสัมพันธในครอบครัว

จากบริบทพื้นที่อำเภอกระแสดินธุ์ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มักจะดื่มสุราในตอนเย็นหลังเลิกงาน ประกอบกับพื้นที่อำเภอกระแสดินธุ์มีต้นตาลโตนดเป็นจำนวนมาก ซึ่งน้ำตาลจากต้นตาลโตนดเป็นวัตถุดิบสำคัญในการผลิตสุราที่บ้านของอำเภอกระแสดินธุ์ จึงทำให้สุราที่บ้านหาได้ง่าย และมีราคาถูก ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพื่อเลิกสุรา มากกว่าร้อยละ 90 กลับไปดื่มซ้ำ ส่งผลให้ครอบครัว รู้สึกเป็นทุกข์ ที่ผ่านมามีการบำบัดส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยติดสุราเป็นหลัก การศึกษาในครั้งนี้ จึงเน้นการช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลเป็นหลัก จึงพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อใช้เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราโดยให้ผู้ดูแล มีความเข้าใจตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในชีวิต รับรู้ถึงคาดหวังและความรู้สึกของตนเองต่อผู้ป่วย มีความเข้าใจโรคติดสุรา ระบุปัญหาาร่วมกัน และหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ เลิกดื่มได้ในที่สุด ช่วยแก้ปัญหาการกลับไปดื่มซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

## สมมติฐานวิจัย

การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวมีการรับรู้ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

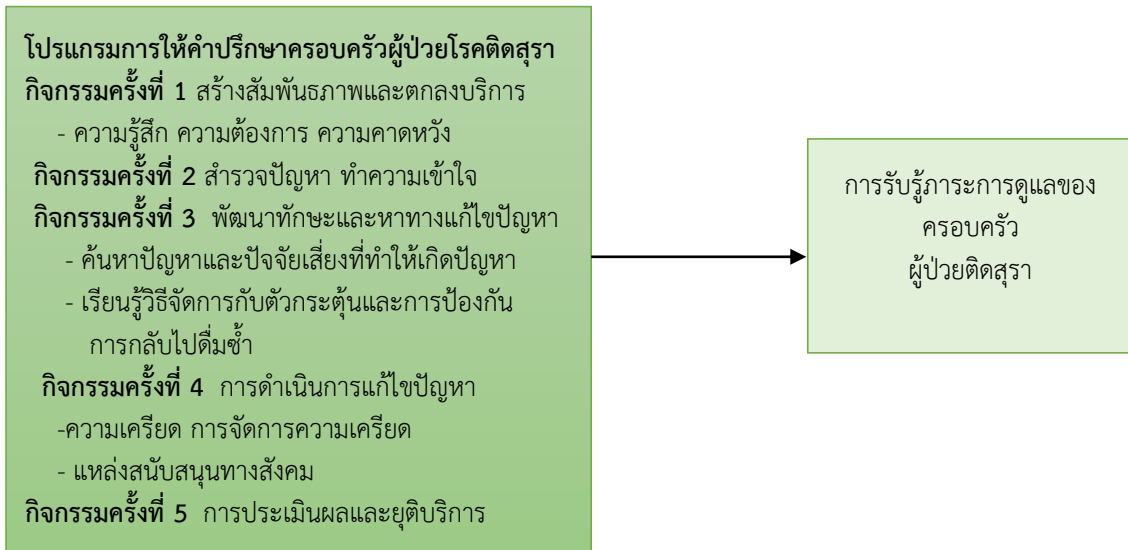
## กรอบแนวคิดการวิจัย

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้แนวคิดการรูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัว พัฒนาจากรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน และขั้นตอนของการให้คำปรึกษา ของ เซอร์แมนและโบห์แลนด์เลอร์ (Sherman and Bohlander, 1998) โดยใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานระหว่างแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบนำทางและไม่นำทาง โดยทฤษฎีมุ่งเน้นให้ผู้ขอรับการปรึกษาเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา และสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง ร่วมกับประยุกต์แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวของเวอร์จิเนีย ซาเทียร์ (Virginia Satir) อ้างตามนงพงา ลีสมสุวรรณ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2550) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา โดยให้ผู้ดูแลได้ทำความเข้าใจตนเอง เนื่องจากพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นผลจากสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ลึกกลงไปในจิตใจ ผู้ให้การปรึกษาต้องสร้างความเชื่อมโยงเพื่อเข้าถึงจิตใจของผู้ดูแล สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้น ตั้งเป้าหมายเฉพาะหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดสุรา และต่อยอดการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยติดสุรา และผู้ดูแล โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว มีเป้าหมายในการช่วยให้ครอบครัว ได้รับความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเอง ใช้ความคิดในการแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกในครอบครัวได้ปรับความคิด มีความตระหนัก และเห็นประโยชน์ เห็นความสำคัญในการปรับพฤติกรรมตามขั้นตอนของการให้คำปรึกษา ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุของปัญหา การหาแนวทางแก้ไขปัญหา และการประเมินผลการแก้ปัญหา จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยโรคติดสุรา ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ซึ่งผู้เข้าร่วมโปรแกรมประกอบด้วยผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าร่วมทุกครั้ง ซึ่งเป็นการให้ผู้ดูแลเข้าใจตนเอง ได้รับความรู้สึกและความคาดหวัง มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึ่งนำไปสู่การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคติดสุรา และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้สึกของผู้ดูแล และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดสุรา และสามารถดูแลตนเองในการลด ละ เลิกสุราได้

แนวคิดการรับรู้ภาระดูแล (Burden Interview: BI) ของซาริตและคณะ (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) ซึ่งมองว่า การรับรู้ภาระการดูแลเป็นความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ดูแล ที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยและเกิดจากความรู้สึกของผู้ดูแลเอง ซึ่งความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแลรู้สึกเกี่ยวกับการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ป่วย การต้องให้เวลากับผู้ป่วยมากจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ความคาดหวังของตนเองและผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลที่ดียิ่งขึ้น 2) ด้านสุขภาพทางอารมณ์ การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเรื่อยเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด ไม่มั่นใจว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร รู้สึกอับอายต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ลังเลในการตัดสินใจระหว่างการดูแลผู้ป่วยกับภาระหน้าที่การทำงานที่มีอยู่ 3) ด้านชีวิตครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยทำให้เวลาส่วนตัวหายไป มีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว การร่วมงานกิจกรรมทางสังคมลดลง 4) ด้านการเงิน ผู้ดูแลอาจมีภาระด้านการเงินเพิ่มขึ้น 5) ด้านการควบคุมชีวิตของตนเอง ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้และหวังว่าจะมอบหมายการดูแลผู้ป่วยให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้

แนวคิดการรับรู้ภาระการดูแล ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล (Burden Interview: BI) ของซาริตและคณะ (Zarit, et al, 1980) เป็นแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล ซึ่งวัดการรับรู้ภาระการดูแลโดยครอบคลุมการรับรู้ภาระการดูแลทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ด้านสุขภาพทางอารมณ์ ด้านชีวิตครอบครัวและสังคม ด้านการเงินและด้านการควบคุมชีวิตตนเอง ประกอบด้วย คำถาม 22 ข้อ โดยแบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย-เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแลมาก คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแลน้อย เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าเป็นการวัดภาระที่ชัดเจน

การศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแลซึ่งขวัญฤทัย ไส้สกุล (2557) ได้ดัดแปลงจากซาริต และคณะ (Zarit, et al, 1980) มาใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกัน ทำให้ประเมินการรับรู้ภาระผู้ดูแลได้ครอบคลุม ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The-one Group Pretest-Posttest Design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (F 10.2 Alcohol Dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD – 10 ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระแสดินทร์ จังหวัดสงขลา กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) เป็นบิดา, มารดา, สามี, ภรรยา, พี่, น้องหรือบุตร คนใดคนหนึ่งที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคติดสุรา 2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุราในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ 3) มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี ทั้งชายและหญิง 4) สามารถสื่อสาร และเขียนภาษาไทยได้ และ 5) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามแผนที่วางไว้ สำหรับเกณฑ์คัดออก คือเป็นผู้ดูแลที่ต้องย้ายที่อยู่ออกจากอำเภอกระแสดินทร์

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักซึ่งดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (F 10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD – 10 ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระแสดินทร์ ในเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2564 คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)=.05 และค่า Power=0.9 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจความรู้สึก ความต้องการ ความคาดหวังต่อตนเองและต่อผู้ป่วยโรคติดสุรา กิจกรรมครั้งที่ 2 สำรวจและทำความเข้าใจปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 3 พัฒนาทักษะและหาทางแก้ไขปัญหา โดยการค้นหาปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหารวมถึงเรียนรู้วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ซึ่งการที่ผู้ป่วยติดสุรากลับไปดื่มซ้ำส่งผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล กิจกรรมครั้งที่ 4 การดำเนินการแก้ไขปัญหา ในขั้นตอนนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจ

ความเครียดของตนเอง ผู้วิจัยแนะนำเทคนิคการจัดการความเครียด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมครั้งที่ 5 การประเมินผลและยุติบริการ แต่ละครึ่งใช้เวลา 60-90 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัว สภาพการทำงาน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การมีบุคคลที่ช่วยเหลือ และสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาการของผู้ป่วยเมื่อติดเชื้อ และระยะเวลาที่ป่วย

2.2 แบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล (Burden Interview: BI) ของขวัญฤทัย ไส้สกุล (2557) ซึ่งดัดแปลงจากซาริตและคณะ (Zarit, et al, 1980) เป็นแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแลซึ่งจะวัดการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความเครียดส่วนบุคคล 2) ด้านความขัดแย้งในตนเอง 3) ด้านความรู้สึกผิด และ 4) ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน ประกอบด้วย คำถาม 22 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาเลือกตอบเพียง 1 ระดับ ดังนี้ 0 = ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย 1 = รู้สึกนาน ๆ ครั้ง 2 = รู้สึกเป็นบางครั้ง 3 = รู้สึกเช่นนี้บ่อย 4 = รู้สึกเป็นประจำ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา**

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านคือ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 1 คน และโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชชนรินทร์ 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) เท่ากับ 1.0 หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยโรคติดเชื้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

**การตรวจสอบความเชื่อมั่น**

ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อของขวัญฤทัย ไส้สกุล (2557) ซึ่งดัดแปลงจากซาริต และคณะ (Zarit, Reeve, & Bach-Peterson, 1980) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตนำเครื่องมือมาใช้ โดยไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาซ้ำ เนื่องจากไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆทั้งสิ้น

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อตรวจทานความเหมาะสมของภาษาที่ใช้วิธีการดำเนินกิจกรรม เวลาในการให้คำปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง เพื่อให้สามารถนำมาใช้ได้จริงต่อไป

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

**ขั้นก่อนการทดลอง**

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
2. ผู้วิจัย ประสานงานกับคลินิกสุขภาพใจ งานผู้ป่วยนอก อธิบายเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพใจ พร้อมทั้งประเมินว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ หากพบว่าไม่คุณสมบัติครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว การดำเนิน

กิจกรรมโปรแกรม ระยะเวลาในการดำเนินงานกิจกรรม 5 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อก่อนการทดลองโดยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะการดูแล หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง

#### ขั้นตอนทดลอง

การดำเนินการวิจัยด้วยโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการกับผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลสำรวจความรู้สึก ความต้องการ ความคาดหวังต่อตนเองและต่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เริ่มจากการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ดูแล สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ พูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและสำรวจปัญหา โดยสอบถามถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ อธิบายผู้ดูแล เกี่ยวกับการให้การปรึกษารอบครัว วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรมและข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การทำความเข้าใจกับปัญหาและวางแผนจัดการกับปัญหา โดยในครั้งนี้จะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โดยผู้วิจัยให้ความรู้แก่ ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ สมอติดเชื้อ การประเมินการติดเชื้อ อาการถอนพิษสุรา ผลกระทบหรือปัญหาจากการติดเชื้อและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ดูแล ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคติดเชื้อตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ดูแลทราบว่า ควรต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น และยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออีกด้วย

กิจกรรมที่ 3 ขั้นตอนการแก้ไขปัญหา โดยการค้นหาปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหารวมถึงเรียนรู้วิธีจัดการกับตัวกระตุ้นและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลในการค้นหาปัญหา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เนื่องจากผู้ดูแล จำเป็นต้องทราบถึงปัญหาหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำสูง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับไป ดื่มซ้ำ วิธีการในการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยอยากดื่มสุรา และอาการถอนพิษสุรา เพื่อให้สามารถจัดการกับตัวกระตุ้นหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับไปดื่มซ้ำได้ ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำและคงระยะหยุดดื่มให้นานที่สุด โดยผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เรื่องปัจจัยส่งเสริมการกลับไปติดเชื้อซ้ำ การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ สนับสนุนให้ผู้ดูแล ผู้ดูแลได้ร่วมกันค้นหาปัจจัยเสี่ยง ตัวกระตุ้น วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้น เพื่อให้ผู้ดูแล มีความมั่นใจที่จะจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้น และมีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 ตั้งเป้าหมายและดำเนินการแก้ไขปัญหา ในขั้นตอนนี้ ให้ผู้ดูแลสำรวจความเครียดของตนเอง โดยการพัฒนากิจกรรมเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นแหล่งประโยชน์และมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียด ร่วมกับการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดให้กับผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดรวมทั้งสามารถเลือกใช้วิถีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา รวมทั้งสามารถลดความเครียดจากการรับรู้ภาวะการดูแล

กิจกรรมที่ 5 ยุติการให้คำปรึกษา โดยการต่อย้ำปัญหาที่จะทำให้กลับตีซ้ำและวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้น ให้ตระหนักถึงถึงสัญญาณเตือนของการกลับไปตีซ้ำ ประเมินผลการให้การปรึกษาของผู้ดูแล และประเมินการรับรู้การดูแล

#### ขั้นหลังการทดลอง

หลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 5 ผู้วิจัยจะทำการประเมินการรับรู้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนของการรับรู้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้ Wilcoxon Signed – Ranks Test

### จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้หมายเลขรับรอง 12/2564 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564

### ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.86 มีอายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 50.0 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 64.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 92.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.1 มีการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 64.3 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 57.1 และไม่มีบุคคลอื่นที่ต้องให้การดูแล ร้อยละ 57.1 ผู้ดูแลทุกคนยังทำงานอยู่ มีรายได้เฉลี่ย 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 50.0 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50.0 ค่าใช้จ่ายในการดูแล ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 85.7 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.6 และร้อยละ 71.4 ไม่มีการเจ็บป่วยระหว่างการดูแลผู้ป่วย มีสุขภาพแข็งแรงพอสมควร ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี ร้อยละ 42.9 มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล ร้อยละ 50.0 ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ร้อยละ 50.0 และเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน ร้อยละ 50.0 ผู้ดูแลทุกคนมีที่พักอาศัยเป็นบ้านของตนเอง

2. เปรียบเทียบการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

เปรียบเทียบการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระแสดินทร์ จังหวัดสงขลา

**ตาราง 1** ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ค่าเฉลี่ยของอันดับ (Mean Rank) ของคะแนนการรับรู้การดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (n=14)

การรับรู้การดูแล	Median	IQR	Mean Rank	Z	P (1-tailed)
ก่อนได้รับโปรแกรม	50.0	10.25	7.50	-3.303	.001
หลังได้รับโปรแกรม	36.0	9.50			



จากตาราง 1 พบว่า การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุร่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ( $Median=50.0, IQR=10.25$ ) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $Median=36, IQR=9.50$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p=.001$

3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การดูแล ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุร่าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระแสนิ่ง จังหวัดสงขลา จำแนกเป็นรายด้าน

**ตาราง 2** ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ค่าเฉลี่ยของอันดับ (Mean Rank) ของคะแนนการรับรู้การดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว จำแนกเป็นรายด้าน (n=14)

การรับรู้การดูแล	Median	IQR	Mean Rank	Z	P (1-tailed)
<b>1. ด้านความเครียดส่วนบุคคล</b>					
ก่อนได้รับโปรแกรม	20.00	6.00	7.50	-3.309	.001
หลังได้รับโปรแกรม	14.00	6.50			
<b>2. ด้านความขัดแย้งในตนเอง</b>					
ก่อนได้รับโปรแกรม	7.50	2.25	6.50	-3.075	.002
หลังได้รับโปรแกรม	5.00	2.00			
<b>3. ด้านความรู้สึกผิด</b>					
ก่อนได้รับโปรแกรม	13.00	2.25	7.50	-3.319	.001
หลังได้รับโปรแกรม	11.00	3.25			
<b>4. ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน</b>					
ก่อนได้รับโปรแกรม	9.00	3.00	7.50	-3.320	.001
หลังได้รับโปรแกรม	6.50	3.25			

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุร่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ด้านความเครียดส่วนบุคคล ( $Median = 14.00, IQR = 6.50$ ) ด้านความขัดแย้งในตนเอง ( $Median = 5.00, IQR = 2.00$ ) ด้านความรู้สึกผิด ( $Median = 11.00, IQR = 3.25$ ) และด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน ( $Median = 6.50, IQR = 3.25$ ) ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ( $Median = 20.00, IQR = 6.00, Median = 7.50, IQR = 2.25, Median = 13.00, IQR = 2.25, Median = 9.00, IQR = 3.00$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002

### อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุร่าหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวรับรู้การดูแลลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 (ตาราง 2) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 92.86 เป็นเพศหญิง และเป็นคู่สมรส โดยสังคมไทย เพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและดูแลสมาชิกในบ้าน ทำให้เมื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ก็สามารถปรับตัวได้ง่าย ร้อยละ 50.0 มีช่วงอายุ 50 – 59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีวุฒิภาวะและมีความรับผิดชอบ มีการตัดสินใจในการเผชิญปัญหาที่ดีและมีประสบการณ์ในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, นิถุมล เพื่อกอง, และสมจิต หนูเจริญกุล (2555) ที่พบว่า อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้การ

การดูแลของผู้ดูแล นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 78.6 ของผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.0 มีสุขภาพแข็งแรงพอควร และร้อยละ 57.1 ไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล ทำให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และร้อยละ 50.0 มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย สาเหตุมาจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการเมารถเมาเรือจะมีอาการหงุดหงิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย และการที่มีบุคคลที่คอยช่วยในการดูแล เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระ ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีต่อการดูแลและรู้สึกว่าป็นภาระในการดูแลลดลงหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ร้อยละ 42.86 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 6-10 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน สอดคล้องกับของเสาวนีย์ คงนิรันดร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ชนิดดา แนบเกษร (2561) พบว่า ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า จะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลสูง การที่ผู้ดูแลมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือ รวมถึงการได้มีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ และฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด ทำให้การรับรู้ภาวะการดูแลลดลง

จากข้อมูลการวิเคราะห์รายด้าน จะเห็นได้ว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ดูแลมีคะแนนความเครียด ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และคะแนนด้านเจตคติที่ไม่แน่นอนลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ดูแลเข้าใจตนเอง รับรู้ความต้องการและความคาดหวังของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมสำหรับตนเองในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีทักษะในการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม สามารถหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ คงนิรันดร และคณะ (2561) ที่พบว่า ถ้าผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยแล้วรับรู้ว่าคุณเองมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถจัดการกับปัญหาได้ รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากบุคคลอื่น จะทำให้ความเครียดและการรับรู้ภาวะการดูแลลดลง

สามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สามารถลดการรับรู้ภาวะในการดูแล ดังรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจปัญหา เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกับผู้ดูแล จนกระทั่งผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้กล้าเปิดเผยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกและความต้องการของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ใบงานที่ 1) ซึ่งเป็นการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ก่อนเข้าสู่กิจกรรมที่ 2 ทำให้ทราบความรู้สึกทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า “รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล” และความคาดหวังต่อผู้ป่วย ดังคำพูดว่า “อยากให้เลิกดื่มเหล้า ทำงานรับผิดชอบครอบครัว” “อยากให้เป็นตัวของตัวเองที่ดีแก่ลูก” และจากกรณีศึกษา: เรื่องของสมชาย ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคติดเชื้อได้รับความสำคัญของบทบาทของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดเชื้อเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อรับบทบาทและหน้าที่ของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง จะรู้สึกผูกพัน และมีพันธะสัญญาต่อหน้าที่ที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลแม้จะไม่มีหวังว่าความเจ็บป่วยจะมีโอกาสหาย ผู้ดูแลจะรู้สึกสงสารมากกว่าที่จะรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว (วาสนา นามเหลา, ชนิดดา แนบเกษร และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2561)

กิจกรรมที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาที่เกิดจากโรคติดเชื้อ ผู้วิจัยให้แลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในโรคติดเชื้อมกับผู้ดูแล (ใบงานที่ 2/1) และให้ความรู้โรคติดเชื้อ โดยให้ดูคลิปวิดีโอ และผู้วิจัยอธิบายผลกระทบหรือปัญหาจากการติดเชื้อ (ใบความรู้ที่ 2/1) ทำความเข้าใจสัณนิษฐานกับโรคติดเชื้อ และแลกเปลี่ยนในประเด็นการทำหน้าที่ครอบครัว (ใบความรู้ที่ 2/2) ทำให้ผู้ดูแลทราบว่าตนเองควรปฏิบัติอย่างไร ดังคำพูดที่ว่า “จะช่วยดูแลและคอยให้กำลังใจ” “ช่วยตัดเตือน ห้ามเวลาเขาจะกินเหล้าอีก” เมื่อผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม ส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา นามเหลาและคณะ (2561) พบว่า

ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้จัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดีขึ้น จึงนำไปสู่ความรู้สึกของการรับรู้ภาวะการดูแลที่ลดลง

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมหาทางแก้ไข โดยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนในประเด็น พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับปัญหา จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการกลับไปติดเชื้อซ้ำ การป้องกันการกลับไปติดเชื้อซ้ำ ปัญหาในผู้ป่วยโรคติดเชื้อและแนวทางแก้ไข สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณญา สาลี และเสาวคนธ์ วีระศิริ (2562) ที่พบว่าเมื่อเผชิญปัญหาครอบครัวจะหาทางแก้ไข และหาข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ ที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้จริง ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลเข้าใจพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อและวิธีการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง จากนั้นให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย เรื่องที่เครียด เช่น “สามีดื่มเหล้า เมาไม่รู้เรื่อง” “หงุดหงิดกับสามีเวลาพูดแล้วสามีไม่ฟัง” “กลัวคนอื่นดูถูก ว่ามีสามีขี้เหล้า” ซึ่งผู้ดูแลจัดการความเครียดเหล่านั้น (ใบงานที่ 4/1) โดย “ไหว้พระ สวดมนต์” “คุยกับเพื่อน หาอะไรทำ” “พยายามทำใจ” และพูดคุยเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือที่ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวได้รับหรือสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อจำเป็น (ใบงานที่ 4/3) จากนั้นให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องความเครียดและการจัดการความเครียด (ใบความรู้ที่ 4/1) และการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (ใบความรู้ที่ 4/3) ผู้วิจัยสาธิตและให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวร่วมฝึกหายใจคลายเครียด (ใบความรู้ที่ 4/2) ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกและประโยชน์หลังฝึกหายใจคลายเครียด กลุ่มตัวอย่างบอกว่า “รู้สึกเบาหัว สมองปลอดโปร่ง โลง ๆ” “หายใจคล่องขึ้น” “สบายใจขึ้น” ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้เมื่อเครียด และมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สามารถหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ การให้สุศึกษาแก่ผู้ดูแลสามารถบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา สอดคล้องกับของเสาวนีย์ คงนิรันดร และคณะ (2561) พบว่า ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า จะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลสูง การที่ผู้ดูแลมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือ รวมถึงการได้มีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ และฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด ทำให้การรับรู้ภาวะการดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 5 ยุติการให้การปรึกษา สรุป และติดตามผล โดยการสำรวจความผลของการให้คำปรึกษาครอบครัว และทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการให้คำปรึกษา สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป และปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข สรุปแนวทางในการแก้ไขปัญหา และหากกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการดูแล สามารถขอรับการปรึกษาได้ที่คลินิกให้คำปรึกษา หรือคลินิกจิตเวช หลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อเป็นช่องทางให้ผู้ดูแลมีช่องทางในการขอรับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

### การนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรจัดทำแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ โดยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่ครอบคลุมการจัดการความเครียด และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความใส่ใจกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ โดยจัดบริการให้คำปรึกษาครอบครัว ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อลดการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

2. ควรพัฒนาศักยภาพในการให้คำปรึกษาครอบครัว แก่พยาบาลในทุกหน่วยงาน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในคลินิกโรคเรื้อรัง

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัย แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์และหลังการทดลอง โดยศึกษาจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เข้ารับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อเปรียบเทียบว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. ควรมีการศึกษาผลของการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ต่อตัวแปรอื่นๆ นอกจากการดูแล เช่น พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล พฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย เป็นต้น

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อการรับรู้การดูแลในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดอื่นๆ รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

#### References

- กนกวรรณ จังอินทร์, สมเดช พิณจสุนทร. (2560). พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัว ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(3), 487-501.
- โกวิท สุวรรณโณ. (2556). การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ขวัญฤทัย ไส่สกุล. (2557). ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการรับรู้การดูแลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จรินทร์ยา เพชรน้อย. (2552). ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, นิถมล เผือกคง, และสมจิต หนูเจริญกุล. (2555). ผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(2), 17-35.
- ญาดา จินประชา. (2550). ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ
- ดุขฎี เล็บขาว, เพ็ญญา กุลนภาตล และระพีพันธ์ ฉายวิมล. (2562). ผลการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบกลุ่มตามทฤษฎีระบบต่อความเข้มแข็งของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 62(4), 179-191.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: บริษัทยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิง จิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชณี เอี่ยมสะอาด. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดเชื้อ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2554). *จิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาการพิมพ์.

- ประเทือง ละออสุวรรณ และนภา จิรัฐจินตนา. (2561). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 12(2), 37-47.
- ยุพา จิวพัฒนกุล. (2555). แนวทางการเสริมศักยภาพครอบครัวในตำบลโคกคราม จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- รัชฉณา สิงห์ทอง และชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2555). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(1), 19-27.
- ลัดดาวัลย์ แดงเถิน. (2555). ผลของรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสำหรับผู้ป่วยในที่ติดแอลกอฮอล์: ศึกษาผลลัพธ์เพื่อสร้างรูปแบบสำหรับผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ลัดดาวัลย์ แดงเถิน, พิชัย แสงชาญชัย, และณัฐนาฏ สระอุบล. (2554). *คู่มือสำหรับผู้บำบัดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. ม.ป.ท.
- วาสนา นามเหลา, ชนิดดา แนบเกษร และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 23-34.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคภา โคตนารา และศิริพร จิรวินน์กุล. (2555). เริ่มดื่มสุราเป็นเรื่องง่ายแต่แสนลำบากในการเลิกดื่มสุรา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 1-14.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือให้การบริการรายบุคคลและครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สิริภัทร โสติยาภักย์, นวพร ดำแสงสวัสดิ์, ัญญณัฐร์ ศิริธัชชราโรจน์. (2560). รูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัว. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 282-290.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2561). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดีการพิมพ์จำกัด.
- เสาวนีย์ คงนิรันดร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ชนิดดา แนบเกษร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 118-132.
- อรัญญา สาลี และเสาวคนธ์ วีระศิริ. (2563). การปรับตัวของครอบครัวที่มีบุคคลติดสุรา: การศึกษาหลายกรณี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 188-194.
- Corey, G. (2008). *Theory and Practice of Group Counseling*. USA.: Thomson book/Cole.
- Faul F. G\*Power Version 3.1.9.2 [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 6]. Available from <http://www.psychology.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/>.
- Horowitz, A. V., & Reinhard, S. D. (1995). Ethic Difference in Caregiver Duties and Burdens among Parents and Sibling of Persons with Severe Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(6), 138-150.
- Paparrigopoulos, T., Tzavellas, E., Karaikos, D., Stefanis, N., Mourikis, I., Stahtea, X., & Liappas, J. (2009). *Family Burden in Alcohol Dependence*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933809706820>
- Sherman and Bohlander. (1998). *Managing Human Resource*, South-Western College Publishing.

- Thompson, E. H., & Doll, W. (1982), The Burden of Family Coping with Mentally ill: an in Visible Crisis. *Family Relation*, 31, 379-388.
- Zarit, H. S., Reever, E. K., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly of Feeling of Burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.

ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปาก  
ของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7  
Effects of Functional Oral Health Literacy Program for Promoting Oral Health  
among Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in the Health Area 7

ศุภศิลา<sup>1\*</sup>, วิภาดา จิตรปรีดา<sup>1</sup>, สุพัตรา บุญเจียม<sup>2</sup> และ อนวัช ภูทองนาค<sup>3</sup>  
Supasin Deeraksa<sup>1</sup>, Wipada Jitpreeda<sup>1</sup>, Supattra Boonjeam<sup>2</sup> and Anawat Phutongnak<sup>3</sup>  
โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์<sup>1</sup>, ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น<sup>2</sup>, และ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี<sup>3</sup>  
Thakhuntho Hospital, Kalasin Province<sup>1</sup>, Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen, Khon Kaen Province<sup>2</sup>,  
Udon Thani Rajabhat University<sup>3</sup>

(Received: September 27, 2020; Revised: April 8, 2021; Accepted: April 30, 2020)

### บทคัดย่อ

การศึกษาทดลองแบบสองกลุ่มครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยแบ่งกลุ่มการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ระยะเวลาการศึกษา 12 สัปดาห์ วัดก่อน-หลังการศึกษา และติดตามหลังการศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐาน และแบบประเมินด้านทันตสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Independence t-test) และสรุปภาพรวม (Overall) ด้วยสถิติสมการประมาณค่าวางนัยทั่วไป (Generalized Estimating Equation; GEE) ผลการศึกษาพบว่า

ภายหลังการทดลองและการติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้น ในทักษะการเข้าถึง และความรู้ด้านทันตสุขภาพ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.05) ส่วนทักษะความเข้าใจด้านทันตสุขภาพของกลุ่มทดลองดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value>0.05) ทั้งนี้ ดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.05)

โปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานช่วยส่งเสริมให้ทันตสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับการศึกษารุ่นต่อไป

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านทันตสุขภาพ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, สุขภาพช่องปาก

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: supasin.copy@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-7682901)

## Abstract

This quasi-experimental study aimed to explore the effects of functional oral health literacy program for promoting oral health status among adults with type 2 diabetes mellitus in the health area 7. The samples were divided into 2 groups (40 persons in each group) which selected by multistage random sampling technique for measuring before and after intervention for 12 weeks and follow-up for 12 weeks. The structured questionnaire was employed to measure the functional oral health literacy and oral health. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics using independence t- test and Generalized Estimating Equation (GEE).

The overall results showed that after participation and follow up period of the experimental group had higher mean score of functional oral health literacy more than the comparison group significantly ( $p$ -value $<0.05$ ) in the aspects of accessibility skill and cognitive skill. However, mean score of the understanding skill linked to oral health of the experimental group after intervention had higher score than before intervention and also higher than the comparison group with no significance. Moreover, the plaque index and gingivitis index of the experimental group had mean score higher than before intervention and also higher than the comparison group significantly ( $p$ -value $<0.05$ ).

In conclusion, this study demonstrates the functional oral health literacy program which it can promote oral health status among adults with type 2 diabetes mellitus. In addition, this program can be applied for further studies in order to promote better oral health.

**Keywords:** Oral Health Literacy, Type2 Diabetes Mellitus, Oral Health

## บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นับเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน โดยเฉพาะประชากรในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งรวมถึงประเทศไทย โดยสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, 2017) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ.2560 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 438 ล้านราย และประมาณการปี พ.ศ. 2588 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 629 ล้านราย ทั้งนี้ โรคเบาหวานเป็น 1 ใน 7 ของสาเหตุของการเสียชีวิตที่สูงที่สุด หากไม่มีการดำเนินการที่เหมาะสมและจริงจัง ส่วนสถิติรายงานในประเทศไทยในแต่ละปี มีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายทั้งหมดของประเทศไทยซึ่งมีรายงานอัตราตายด้วยโรคเบาหวานทั้งประเทศ ระหว่างปี 2556-2558 เท่ากับ 15.0, 17.5 และ 19.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) ทั้งนี้ สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานของภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มสูงขึ้นและมีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงที่สุดในประเทศ คิดเป็นร้อยละ 38.84 ทั้งนี้ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานสูงที่สุด เท่ากับ 40.6 ต่อแสนประชากร และมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 721.0 ต่อแสนประชากรซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โรคในช่องปากเป็นโรคแทรกซ้อนลำดับที่ 6 ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลเลือดไม่ได้ ส่งผลต่อการเกิดโรคเหงือกและโรคปริทันต์ในช่องปาก บางรายพบการละลายของกระดูกหุ้มรากฟัน จนนำไปสู่ผลของการสูญเสียฟันในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ (Loe H. et al, 2015)



ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยข้อมูล ระหว่างปี 2559 – 2561 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานทั้งประเทศที่ได้รับการตรวจ เท่ากับ 27.47, 37.18 และ 40.08 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าถึงระบบบริการด้านทันตสุขภาพค่อนข้างน้อย ซึ่งการเข้าถึงบริการทันตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของการรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ซึ่งแนวคิดใหม่ในการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขในประเทศไทย

ทั้งนี้ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ได้แบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับขั้นพื้นฐาน, ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับมีวิจารณญาณ โดย National Institution of Dental and Craniofacial Research et al. (2005) ให้นิยามความรู้ด้านทันตสุขภาพ หมายถึง “ระดับของบุคคลที่สามารถในการรับรู้ ประมวลผล และเข้าใจเกี่ยวกับด้านทันตสุขภาพและส่วนที่เกี่ยวข้องในช่องปาก สำหรับการใช้ข้อมูลและการตัดสินใจต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมที่เหมาะสม” และเครื่องมือการประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพได้ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อนำมาใช้สำหรับการประเมินความรู้ ความเข้าใจด้านทันตสุขภาพ ซึ่งเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด คือแบบประเมินด้านทันตสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่แบบเร็ว จำนวน 30 คำ หรือ Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-30 Items (REALD -30) ของ Lee et al. (2012) ซึ่งใช้รูปแบบจากการประเมินการอ่านออกเสียงศัพท์ทางทันตกรรมขั้นพื้นฐานจำนวน 30 คำ ซึ่งปัจจุบันเครื่องมือดังกล่าวได้รับการอนุญาตและแปลเป็นภาษาไทยในชื่อของ “แบบประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่แบบเร็ว ฉบับภาษาไทย จำนวน 30 คำ” หรือ ThREALD -30 ซึ่งพัฒนาโดย Deeraksa, et al. (2019) ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้ ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่จังหวัดสกลนคร พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับคะแนนของการประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพต่ำ มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียฟัน เท่ากับ 3.68 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < .001$  (ศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ และคณะ, 2563) ซึ่งข้อเสนอแนะของการศึกษา ได้ส่งเสริมการประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านทันตสุขภาพในรูปแบบการศึกษาต่างๆ เพื่อประเมินผลของแนวคิดและเครื่องมือการประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพถึงความเหมาะสมต่อการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพ อีกทั้งเพื่อพัฒนากระบวนการส่งเสริมด้านทันตสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีของสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

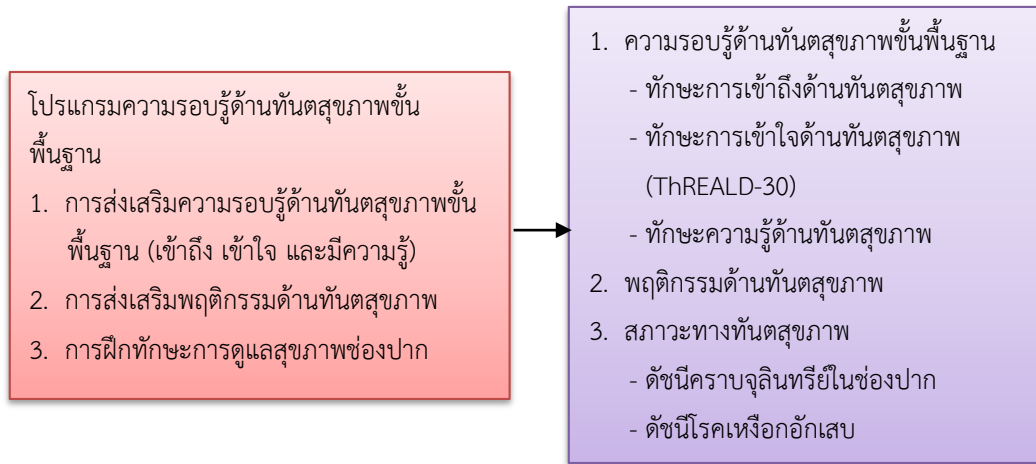
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

### สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลอง และติดตามผล ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐาน พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ และสภาวะทางทันตสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ได้แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับขั้นพื้นฐาน, ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับมีวิจารณญาณ โดย National Institution of Dental and Craniofacial Research et al. (2005) ให้นิยามความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ หมายถึง “ระดับของบุคคลที่สามารถในการรับรู้ ประมวลผล และเข้าใจเกี่ยวกับด้านทันตสุขภาพและส่วนที่เกี่ยวข้องในช่องปาก สำหรับการใช้ข้อมูลและการตัดสินใจต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมที่เหมาะสม”



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม วัดผลการศึกษา ก่อน-หลังการศึกษา และติดตามผลหลังการศึกษา (Two Group Pre-test, Post-test, and Follow-Up Design) ระยะเวลาการศึกษา 12 สัปดาห์ วัดก่อน-หลังการศึกษา และติดตามหลังการศึกษา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2562-มกราคม 2563 รวมทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 2,349,218 คน (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์, ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 70 – 200 มล./ดล., อายุระหว่าง 20 – 59 ปี, มีฟันในช่องปากอย่างน้อย 20 ซี่, ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร และ ยินดีในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เนื่องจาก ปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้สูตรการคำนวณของ Lemeshow et al (1999) โดยใช้ข้อมูลจากผลการศึกษาของ Deeraksa et al. (2014) นำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ทำการปรับขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2547) จะได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน โดยใช้กระบวนการสุ่มในการเลือกพื้นที่ 2 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 ด้วยการสุ่มอย่างง่าย จากนั้นคัดเลือกจังหวัดละ 1 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และ สุ่มคัดเลือกผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ ซึ่งผลการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง คือ ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 40 คน
2. กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 40 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ

2. แบบประเมินความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

2.1 ทักษะการเข้าถึงด้านทันตสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ โดยแบ่งมาตรวัดออกเป็น 5 ระดับ ตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน), ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน), ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3 คะแนน), ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และ ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) โดยวัดผลตามเกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ Best (1977) ในการศึกษาที่แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก (คะแนนระหว่าง 3.68-5.00) ระดับพอใช้ (คะแนนระหว่าง 2.34-3.67) และระดับไม่ดีพอ (คะแนนระหว่าง 1.00-2.33)

2.2 ทักษะความเข้าใจศัพท์ด้านทันตกรรม วัดผลจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่แบบเร็ว ฉบับภาษาไทย จำนวน 30 คำซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ซึ่งการแปลผลการวิจัย โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom (1975) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)

2.3 ทักษะความรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อโดยใช้เกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผลการวิจัย โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom (1975) แบ่งออกเป็น 3 ระดับเช่นเดียวกับทักษะความเข้าใจด้านทันตสุขภาพ

3. แบบประเมินพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ จำนวน 10 ข้อโดยแบ่งมาตรวัดออกเป็น 5 ระดับ ตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) และวัดผลตามเกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ Best (1977) เช่นเดียวกับทักษะการเข้าถึงด้านทันตสุขภาพ

4. แบบประเมินสภาวะทางทันตสุขภาพ เพื่อประเมินดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีโรคเหงือกอักเสบ (Silness, & Loe, 1967)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ได้ถูกตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพระเบียบวิธีวิจัย และชีวสถิติ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีดัชนีค่าความสอดคล้อง (IOC) มีค่า .50 ขึ้นไป และทดลองในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้ แบบประเมินความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงด้านทันตสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84 ทักษะความเข้าใจของแบบประเมินความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่แบบเร็ว ฉบับภาษาไทย จำนวน 30 ด้วยค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR 20) เท่ากับ .95 และทักษะความรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder – Richardson 20: KR 20) เท่ากับ .71 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ .71

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมสำหรับการศึกษานี้ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 8.30 – 11.30 น. ดังนี้

### ขั้นก่อนทดลอง

เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการทำแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐาน พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ ร่วมกับการตรวจสภาวะอนามัยช่องปาก โดยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

### ชั้นทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเสริมพื้นฐานของความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานด้วยการสนทนากลุ่มศัพท์ด้านทันตกรรมพื้นฐานสำหรับสื่อสารระหว่างทันตบุคลากรและผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมฐานการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยแบ่งเป็น 4 ฐานการเรียนรู้ ได้แก่ รอบรู้พื้นฐานเบาหวานฟันดี, ฟันสะอาดสวยด้วยสมุนไพร, เข้าถึง เข้าใจ สื่อสารได้ กับหมอฟัน, และแปรงถูกวิธี ฟันดีแข็งแรง

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมฐานการเรียนรู้ เพื่อเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพกับชุดสาธิตตลาดสุขภาพ เช่น การเลือกอุปกรณ์ในการทำ ความสะอาดช่องปาก อาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงการรักษาด้านทันตสุขภาพ และการรักษาทันตบุคลากร

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานด้วยการสนทนากลุ่ม และสรุปการเรียนรู้หลังดำเนินกิจกรรม

### ชั้นหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 24 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐาน พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ ร่วมกับการตรวจสภาวะอนามัยช่องปาก โดยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยตั้งแต่สัปดาห์ที่ 12-24 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จะไม่ได้รับชุดกิจกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้น จะได้เพียงคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองรายบุคคลตามสภาวะสุขภาพช่องปากที่ตรวจพบ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อใช้ในการวิเคราะห์สถิติ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุดเพื่ออธิบายคุณลักษณะประชากร

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ซึ่งผลทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) วิเคราะห์ด้วยสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่อิสระต่อกัน (Independence t-test) และสรุปภาพรวม (Overall) ด้วยสถิติสมการประมาณค่าวงนัยทั่วไป (GEE) เพื่ออธิบายค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference), ช่วงของค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval; 95%CI), และค่า *p-value*

### จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมในทุกขั้นตอนของการศึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLA.REC.033/2562 ณ วันที่ 18 กรกฎาคม 2562

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 อายุเฉลี่ย  $51.78 \pm 4.73$  ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.50 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.00 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 65.00 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเบาหวานส่วนใหญ่เฉลี่ย  $6.05 \pm 4.34$  ปี ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเฉลี่ย  $141.03 \pm 23.78$  มก./ดล. ส่วนใหญ่ไม่มี

โรคแทรกซ้อน ร้อยละ 62.50 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.00 ไม่เคยเคี้ยวหมาก ร้อยละ 92.50 และ ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 67.50 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง 30 บาทในเขต ร้อยละ 87.50

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 อายุเฉลี่ย  $51.78 \pm 4.73$  ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.50 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.50 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 47.50 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเบาหวานส่วนใหญ่เฉลี่ย  $5.63 \pm 3.37$  ปี ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเฉลี่ย  $147.58 \pm 24.11$  มก./ดล. ส่วนใหญ่ไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 62.50 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 77.50 ไม่เคยเคี้ยวหมาก ร้อยละ 92.50 และ ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 55.00 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง 30 บาทในเขต ร้อยละ 87.50

2. ความรอบรู้ด้านทัศนสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

**ตาราง 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านทัศนสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลังการศึกษา และติดตามผลหลังการศึกษา

ทักษะความรู้ด้านทัศนสุขภาพ	ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Difference	95% CI	p-value
		M	SD	M	SD			
1. ทักษะการเข้าถึงด้านทัศนสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	3.49	0.78	3.55	0.68	0.06	-0.39 – 0.26	0.703
	หลังการทดลอง	4.16	0.44	3.67	0.69	0.48	0.25 – 0.72	<0.001*
	ติดตามผล	4.13	0.39	3.69	0.60	0.47	0.24 – 0.69	<0.001*
	Overall					0.47	0.25 – 0.70	<0.001*
2. ทักษะความเข้าใจด้านทัศนสุขภาพ (ThREALD-30)	ก่อนการทดลอง	21.58	1.32	19.55	1.38	2.03	-1.79 – 5.84	0.294
	หลังการทดลอง	22.85	1.26	19.50	1.33	3.35	-0.30 – 7.00	0.072
	ติดตามผล	22.78	1.22	19.83	1.33	2.95	-0.65 – 6.55	0.106
	Overall					3.15	-0.39 – 6.69	0.081
3. ทักษะความรู้ด้านทัศนสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	10.83	2.13	11.03	2.03	0.20	-0.85 – 0.45	0.545
	หลังการทดลอง	12.43	1.71	11.35	1.88	1.08	0.51 – 1.64	<0.001*
	ติดตามผล	11.98	1.78	11.35	1.75	0.63	0.07 – 1.18	0.027*
	Overall					0.85	0.09 – 1.61	0.028*

จากตาราง 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านทัศนสุขภาพ พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}=0.703$  ส่วนระยะหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$  และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$  โดยสรุปภาพรวมหลังการได้รับโปรแกรม พบค่าความต่างของคะแนนทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านทัศนสุขภาพเท่ากับ 0.47 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$

ทักษะความเข้าใจด้านทัศนสุขภาพ วัดผลจากแบบประเมินความรู้ด้านทัศนสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่แบบเร็ว ฉบับภาษาไทย จำนวน 30 คำ (ThREALD-30) พบว่าระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}=0.294$  ส่วนระยะหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}=0.072$  และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}=0.106$  โดยสรุปภาพรวมหลังการได้โปรแกรม พบค่าความต่างของคะแนนเท่ากับ 3.15คะแนน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}=0.081$

ทักษะความรู้ด้านทันตสุขภาพ พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}=0.545$  ส่วนระยะหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$  และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}=0.027$  โดยสรุปภาพรวมหลังการได้โปรแกรม พบค่าความต่างของคะแนนทักษะความรู้ด้านทันตสุขภาพ เท่ากับ 0.85 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}=0.028$

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลังการศึกษา และติดตามผลหลังการศึกษา

**ตาราง 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลังการศึกษา และติดตามผลหลังการศึกษา

ระยะเวลา การทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean difference	95% CI	p-value
	M	SD	M	SD			
ก่อนการทดลอง	3.64	0.65	3.60	0.68	0.04	-0.26 – 0.33	0.800
หลังการทดลอง	4.18	0.52	3.69	0.54	0.48	0.25 – 0.72	<0.001*
ติดตามผล	4.13	0.51	3.69	0.57	0.44	0.20 – 0.68	0.001*
Overall					0.46	0.23 – 0.69	<0.001*

จากตาราง 2 พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}=0.800$  ส่วนระยะหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมีค่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$  และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}=0.001$  โดยสรุปภาพรวมหลังการได้โปรแกรม พบค่าความต่างของคะแนนพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพเท่ากับ 0.46 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสภาวะทางทันตสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลังการศึกษา และติดตามผลหลังการศึกษา

ดัชนีคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ในช่องปากดีกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$  ส่วนระยะหลังการทดลอง 12 สัปดาห์พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ในช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$  และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ในช่องปากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$  โดยสรุปภาพรวมหลังการได้โปรแกรม พบค่าความต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก เท่ากับ 0.96 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$

ดัชนีโรคเหงือกอักเสบ พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีโรคเหงือกอักเสบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}=0.480$  ส่วนระยะหลังการทดลอง 12 สัปดาห์พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีโรคเหงือกอักเสบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$  และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีโรคเหงือกอักเสบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$  โดยสรุปภาพรวมหลังการได้โปรแกรม พบค่าความต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีโรคเหงือกอักเสบเท่ากับ 0.96 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.001$  รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสภาวะทางทันตสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลังการศึกษา และติดตามผลหลังการศึกษา

สภาวะทางทันตสุขภาพ	ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean difference	95% CI	p-value
		M	SD	M	SD			
1. ดัชนีคราบจุลินทรีย์	ก่อนการทดลอง	2.15	0.46	1.92	0.35	0.23	0.10 – 0.36	<0.001*
	หลังการทดลอง	0.98	0.21	2.01	0.35	1.04	0.91 – 1.36	<0.001*
	ติดตามผล	1.15	0.19	2.03	0.43	0.88	0.73 – 1.03	<0.001*
	Overall					0.96	0.82 – 1.09	<0.001*
2. ดัชนีโรคเหงือกอักเสบ	ก่อนการทดลอง	1.54	0.60	1.46	0.44	0.08	-0.15 – 0.32	0.480
	หลังการทดลอง	0.65	0.24	1.48	0.48	0.84	0.67 – 1.01	<0.001*
	ติดตามผล	0.66	0.23	1.52	0.52	0.86	0.68 – 1.04	<0.001*
	Overall					0.85	0.68 – 1.02	<0.001*

### อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้สรุปอภิปรายผล ดังนี้

ความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านทันตสุขภาพ พบว่า ภายหลังจากทดลอง 12 สัปดาห์และติดตามผลการทดลอง 12 สัปดาห์ รวมทั้งภาพรวม (Overall) กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความแตกต่างดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ  $p\text{-value} < 0.001$  ซึ่งกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ คือ การบรรยายการเรียนรู้ร่วมกับการสนทนากลุ่ม หรือบางการศึกษาใช้แอปพลิเคชันเป็นตัวช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก เป็นต้น ซึ่งพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลอง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < 0.05$  (นาคยา แก้วพิภพ และพรธณี บัญชรหัตถกิจ, 2562) ทั้งนี้ แนวคิดความรู้ของ Nutbeam (2000) ได้อธิบายว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานมาจากการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ รวมทั้งความเข้าใจด้านทันตกรรม และมีความรู้ด้านทันตสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งสำนักทันตสาธารณสุข (2561) ได้เสนอว่าควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ และความรู้ของการดูแลอนามัยช่องปากที่จำเป็น เพื่อเป็นตัวเสริมในการป้องกันโรคฟันผุและปริทันต์สำหรับประชาชน ส่วนทักษะความรู้ด้านทันตสุขภาพ พบว่า ภายหลังจากทดลอง 12 สัปดาห์ และติดตามผลการทดลอง 12 สัปดาห์ รวมทั้งภาพรวม (Overall) กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความแตกต่างดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ  $p\text{-value} < 0.05$  ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กระบวนการเสริมความรู้ให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผ่านจากชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย จากการเห็นปัญหาที่เคยเกิดขึ้น จากการทำความเข้าใจเพิ่มเติม และจากการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติตนให้เหมาะสม (Kolb, 1984) ทั้งนี้ Bloom (1975) ได้จำแนกการเรียนรู้เกิดจากการพัฒนาความคิดและสติปัญญา การปรับตัวและทัศนคติ และการพัฒนาทักษะการปฏิบัติ ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้ด้านทันตสุขภาพจะประเมินความรู้ความเข้าใจ ผ่านแนวคิดทฤษฎีทางสุขศึกษา ซึ่งวัดผลของความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และพฤติกรรม ดังการศึกษาของ Deeraksa et al. (2014) ที่ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากด้วยการเรียนรู้เชิงกระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < 0.001$  เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ อิศริยาภรณ์ สุรสีหเสนา (2553)

ทักษะด้านความเข้าด้านทันตสุขภาพด้วยการประเมินจากแบบประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพ สำหรับผู้ใหญ่แบบเร็ว ฉบับภาษาไทย จำนวน 30 คำ (ThREALD-30) พบว่า ภายหลังจากทดลอง 12 สัปดาห์และระยะติดตามผลการทดลอง 12 สัปดาห์ รวมทั้งภาพรวม (Overall) กลุ่มทดลองไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} > 0.05$  ทั้งนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นนี้เกิดจากกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมตั้งแต่การฟังบรรยาย การเข้าฐานการเรียนรู้ หรือกระบวนการสนทนากลุ่ม มีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ThREALD-30 เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการทดลองเชิงสุ่มในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวบราซิล ด้วยเครื่องมือ REALD-30 (BREALD-30) พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมพบคะแนน BREALD-30 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ  $p\text{-value} < 0.05$  (Vilella et al., 2017)

พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากทดลอง 12 สัปดาห์และติดตามผลการทดลอง 12 สัปดาห์ รวมทั้งภาพรวม (Overall) กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความแตกต่างดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ  $p\text{-value} < 0.001$  ซึ่ง โดยทุกชุดกิจกรรมที่ได้ดำเนินการช่วยให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะ กิจกรรมฐานการเรียนรู้สำหรับสาธิตและฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจและตั้งใจในการฝึกตนเอง ดังการศึกษาก่อนหน้านี้ด้านทันตสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนของพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < 0.05$  (อิสริยาภรณ์ สุรสีหเสนา, 2553; Deeraksa et al., 2014)

สภาวะทางทันตสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผลการทดสอบสภาวะอนามัยช่องปาก ได้แก่ ดัชนีคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก และดัชนีโรคเหงือกอักเสบพบว่า ภายหลังจากทดลอง 12 สัปดาห์และติดตามผลการทดลอง 12 สัปดาห์รวมทั้งภาพรวม (Overall) กลุ่มทดลองมีค่าความต่างของสภาวะช่องปากดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ  $p\text{-value} < 0.001$  ทั้งนี้ กระบวนการที่ส่งผลต่อสภาวะอนามัยช่องปากและสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ และชุดกิจกรรมที่คณะผู้วิจัยได้พัฒนาจากองค์ความรู้ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยพบว่าระยะเวลาภายใน 3 เดือน พบการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีของกลุ่มตัวอย่างโดยดัชนีคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก และดัชนีโรคเหงือกอักเสบดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (อิสริยาภรณ์ สุรสีหเสนา, 2553; Deeraksa et al., 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มเด็กนักเรียน (ปิ่นณี กิตติพิงศ์พิทยา และคณะ, 2551) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (Vilella et al., 2017) ซึ่งการศึกษาที่ค้นพบส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีผลต่อสภาวะทางทันตสุขภาพ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลที่เกิดจากพฤติกรรมทางทันตสุขภาพที่เห็นผลในระยะสั้นตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเริ่มมีการปฏิบัติ ทั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ส่งผลให้สุขภาพในกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพช่องปากดีขึ้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้

การนำข้อมูลหรือรูปแบบการศึกษาไปพัฒนาหรือวางแผนการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพในพื้นที่ เพื่อลดโรค ลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ แนวคิดของการศึกษาสามารถเป็นแนวทางหรือประยุกต์ให้บุคลากรด้านสาธารณสุขนำไปจัดกระบวนการด้านทันตสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือกลุ่มเป้าหมายอื่นที่มีปัญหาด้านทันตสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ครอบคลุมในพื้นที่ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความรู้ด้านทันตสุขภาพและสภาวะทางทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างของ



การศึกษา เพื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัญหา และแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งเสริมกระบวนการรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มที่มีปัญหาด้านทันตสุขภาพ รวมทั้งติดตามผลการศึกษาเป็นระยะ หรือการประยุกต์ใช้ทฤษฎีอื่น ๆ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หรือบริบทของพื้นที่ต่อไป

## References

- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพชุมชน.
- นาคยา แก้วพิภพ และพรณี บัญชร หัตถกิจ. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 42(1), 1-12.
- ปิ่นณี กิตติพงศ์พิทยา และคณะ. (2551). การประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 31(108), 7-25.
- ศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ, ขบาไพโร สุวรรณชัยรบ, ศุภศิลป์ ติรักษา, และรัชฎา ฉายจิต. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพกับการสูญเสียฟันของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(1), 63-73.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ*. สืบค้นเมื่อ 4 ตุลาคม 2562 จาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&at\\_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=e9fb648fe9f1858878714a410222eef1](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&at_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=e9fb648fe9f1858878714a410222eef1)
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพชุมชน.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2547). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- อิสริยาภรณ์ สุรสีหเสนา. (2553). *ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานหมู่บ้านโสภ อําเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education 3<sup>rd</sup> ed.* Englewood Cliffs, New Jersey. Prentice-Hall.
- Bloom, B. (1975). *Taxonomy of Education Objective, Handbook 1: Cognitive Domain*. New York: David Mckay.
- Deeraksa, S., Leangubon, J., & Thaewpia, S. (2014). The Effectiveness of Oral Health Program by Learning with A Group Discussion for Oral Health Behaviors of Patients with Diabetes Mellitus in The Sanitarium Thakhuntho Sub District, Thakhuntho District, Kalasin Province. *Thai Dental Nurse Journal*, 25(2), 45-58.
- Deeraksa, S., Chaichit, R., Muktabhant, B., & Udompanich, S. (2019). Reliability and Validity of the Thai Version of Rapid Estimate of adult literacy in dentistry. *J Int Oral Health*, 11(3), 132-6.
- International Diabetes Federation. (2017). *Diabetes Atlas, Eighth Edition*. [n.p.]: International Diabetes Federation.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs New Jersey: Prentice-Hall.

- Lee, J. Y., Divaris, K., Baker, A. D., Rozier, R. G., & Vann W. F. (2012). The Relationship of Oral Health Literacy and Self-Efficacy with Oral Health Status and Dental Neglect. *Am J Public Health, 102*(5), 923-929.
- Lemeshow, S., & Levy, P. S. (1999). *Sampling of Populations: Methods and Applications, 3rd ed.* Wiley, New York: John Wiley and Sons.
- Luo, H., Pan, W., Sloan, F., Feinglos, M., & Wu, B. (2015). Forty-Year Trends in Tooth Loss Among American Adults With and Without Diabetes Mellitus: An Age-Period-Cohort Analysis. *Prev Chronic Dis, 12*, E211.
- National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services. (2005). The Invisible Barrier: Literacy and its Relationship with Oral Health. A Report of a Workgroup Sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services. *J Public Health Dent Summer, 65*(3), 174-182.
- Nutneam, D. (2000). Health Literacy as a Public Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into the 21<sup>st</sup> Century. *Health Promotion Int., 15*(3), 259-67.
- Silness, J., & Loe, H. (1967). Periodontal Disease in Pregnancy 3. Response to Local Treatment. *Acta odonto Scan, 24*, 747-749.
- Vilella, K. D., Fraiz, F. C., Benelli, E. M., & Assuncao, L. R. (2017). Oral Health Literacy and Retention of Health Information Among Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *Oral Health Prev Dent, 15*(1), 41-48.

## ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี Factors Related to Motivation in Caregivers' Performance for the Dependent Elderly, Ban Kha District, Ratchaburi Province

สมภพ ห่วงทอง<sup>1\*</sup> และ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์<sup>2</sup>

Sompob Huangtong<sup>1\*</sup> and Sutthisak Surirak<sup>2</sup>,

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี<sup>1\*</sup>,

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี<sup>2</sup>

Ban Kha District Health Office, Ratchaburi Province<sup>1\*</sup>,

Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Suphanburi Province<sup>2</sup>

(Received: March 28, 2021; Revised: April 27, 2021; Accepted: April 30, 2021)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี จำนวน 33 คน การคัดเลือกเป็นแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อถือของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้านปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.82 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-30 มีนาคม 2564 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า

ปัจจัยจูงใจมีคะแนนในการปฏิบัติงานในภาพรวม เฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 4.07$ ,  $\sigma = 0.36$ ) โดยเรียงจากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $\mu = 4.31$ ,  $\sigma = 0.47$ ) ด้านการดำเนินงานสาธารณสุข ( $\mu = 4.08$ ,  $\sigma = 0.42$ ) ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ( $\mu = 4.04$ ,  $\sigma = 0.40$ ) ด้านผลประโยชน์ตอบแทน ( $\mu = 4.01$ ,  $\sigma = 0.45$ ) และด้านการยอมรับนับถือ ( $\mu = 3.96$ ,  $\sigma = 0.49$ ) ตามลำดับ

จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรู้ความเข้าใจด้านการดำเนินงานสาธารณสุข การมอบหมายงานให้ปฏิบัติ สนับสนุนให้มีผลประโยชน์ตอบแทน และสร้างกระบวนการให้เกิดการยอมรับนับถือ จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพมากขึ้น

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Sompob13@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-8801525 )

## Abstract

This descriptive research aimed to study the motivating factors of caregivers for dependent elderly persons in Ban Kha District, Ratchaburi Province. The target population was specifically selected by purposive sampling, consisting of 33 caregivers who have been trained in the caregiver course at Ban Kha District. The structured interview questions on personal factors and working motivation factors were employed to collect the data. The research tool's reliability was analyzed by using Cronbach's Alpha Coefficient for the motivation factors in the elderly care with 0.82. The data were collected during 1-30 March 2021 and analyzed by descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation.

The results revealed that the motivation factor had the overall score at a high level ( $\mu = 4.07$ ,  $\sigma = 0.36$ ). When analyzing in each aspect, it was found that the samples had a high level of motivation factors in all 5 areas by descending order as follows: interpersonal relationships ( $\mu = 4.31$ ,  $\sigma = 0.47$ ); public health work ( $\mu = 4.08$ ,  $\sigma = 0.42$ ); the content of work ( $\mu = 4.04$ ,  $\sigma = 0.40$ ); compensation ( $\mu = 4.01$ ,  $\sigma = 0.45$ ); and social respect ( $\mu = 3.96$ ,  $\sigma = 0.49$ ) respectively.

It could be concluded that to promote working motivation factors for caregivers of the elderly in terms of interpersonal relationships, knowledge and understanding about public health work, compensation, and social respect should be considered for assisting the caregivers' performance to work reaching their full potential.

**Keyword:** Elderly People with Dependence, Elderly Carers, Performance Motivations

## บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ได้กำหนดให้มีการเตรียมพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศ โดยพัฒนาคนให้เหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ การหล่อหลอมให้คนไทยมีค่านิยมตามบรรทัดฐานที่ดีทางสังคม เป็นคนดี มีสุขภาวะที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัย และมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวม การพัฒนาทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการในตลาดแรงงานและทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 ของคนในแต่ละช่วงวัยตาม ความเหมาะสม การเตรียมความพร้อมของกำลังคนด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่จะเปลี่ยนแปลงโลกในอนาคต ตลอดจนการยกระดับคุณภาพการศึกษาสู่ความเป็นเลิศ การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพดีที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งในขณะนี้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ดังนั้นสำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางการปฏิบัติให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ สมศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สถานการณ์การเพิ่มจำนวนอัตราผู้สูงอายุเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศไทยได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จำนวนผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปัจจุบันจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่า มีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 17.60, 18.36 และร้อยละ 19.20 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาและความมั่นคงของ

มนุษย์.2563) ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการดูแลสุขภาพของกลุ่มวัยสูงอายุในสังคมไทย ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุนอกจากจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามความเสื่อมของร่างกายตามวัยแล้ว ยังพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017) ส่งผลให้การจัดการบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องจำแนกตามระดับการพึ่งพิง เป็นสามกลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) (National Health Security Office, 2016)

การดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นการจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่สามารถช่วยเหลือบุคคล หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมุ่งบริการเน้นการฟื้นฟูสุขภาพ บำบัดโรคและการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านบริการสาธารณสุขและด้านสังคม มีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการผ่านบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ และรูปแบบไม่เป็นทางการที่ดูแลผ่านบุคคลในครอบครัว หรือคนในชุมชน ซึ่งรัฐบาลได้ประกาศใช้ระบบการดูแลระยะยาวเป็นแผนยุทธศาสตร์ โดยกำหนดนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยมีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายระบบการดูแลระยะยาวลงสู่ระดับพื้นที่ที่กำหนดตัวชี้วัดในปี พ.ศ.2563 มีเป้าหมายให้ครอบคลุมตำบลร้อยละ 80 มีการออกแบบคู่มือระบบการดูแลระยะยาวสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้สูงอายุให้ใช้เป็นแนวปฏิบัติในทางเดียวกันทั้งประเทศ (National Health Security Office, 2016)

ประเทศไทยมีอาสาสมัคร (volunteer) ซึ่งหมายถึง ผู้ที่สมัครใจทำงานเพื่อประโยชน์แห่งประชาชนและสังคมโดยไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงิน หรือสิ่งอื่นใด อาสาสมัครในระบบสุขภาพของไทยเกิดขึ้นครั้งแรกโดยสภาอากาศไทย ที่มีการระดมกำลังแพทย์และอาสาสมัคร เพื่อช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 1 และพัฒนามาจนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งปัจจุบันคาดหวังให้ดูแลสุขภาพชุมชน ต่อมาเกิดกระแสการทำงานจิตอาสาซึ่งขยายตัวเข้าสู่โรงพยาบาล จากปัญหาบริการทางการแพทย์ ที่มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีความทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาสาสมัครจึงเป็นความต้องการเพื่อให้ความหวังและกำลังใจกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้งานจิตอาสาในระบบสุขภาพ ค่อย ๆ ก่อรูปขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีลักษณะผสมผสานระหว่างระบบการจัดการของโรงพยาบาล กับความไม่เป็นทางการของกลุ่มอาสาสมัคร ซึ่งเป็นความต้องการเพื่อช่วยสนับสนุนบริการในระบบสุขภาพที่มีผู้ป่วยและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (อาทิตย์อัสดง, 2553) ปัจจุบัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีมีนโยบายในการจัดอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ช่วยในการดูแลส่งเสริมสุขภาพฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้สามารถมีสุขภาพแข็งแรงช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุดไม่เป็นภาระต่อครอบครัว และชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จังหวัดราชบุรี ได้พบว่ามีอัตราเพิ่มของผู้สูงอายุ สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2561-2563 อำเภอบ้านคา มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 2,966, 3,050 และ 3,207 คน ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 3,451 คน (จาก ระบบ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2564) ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีและก่อให้เกิดผลที่ตามมา คือ ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเสื่อมถอยสมรรถนะของร่างกาย และเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจากการสำรวจการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 54.9 ในขณะที่เดียวกันการสำรวจภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 5 มีภาวะพึ่งพิงด้านการทำงานบ้าน ร้อยละ 15 ต้องใช้รถเข็นและนอนติดเตียงร้อยละ 0.8 และ 0.2 ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่า ร้อยละ 6 ขาดผู้ดูแลในบ้าน (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอบ้านคา, 2563) ซึ่งในอดีตผู้สูงอายุไทยกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงจะได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือญาติ พี่น้อง แต่เนื่องจากสภาพสังคมและเศรษฐกิจปัจจุบันขนาดครอบครัวเล็กลงเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว วัยแรงงานต้องไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ดังนั้นศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงจากครอบครัวลดลง แต่ความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุยังต้องมียังอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องพึ่งเพื่อนบ้าน ชุมชน หรือสวัสดิการจากรัฐ ดังนั้น ทางออกที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ จึงต้องศึกษาแนวทางที่จะให้ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอบ้านคา ได้ใช้แนวทางตามหลักการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context-Based Learning : CBL) กิจกรรมหนึ่งที่ได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ การพัฒนางานเยี่ยมบ้าน ซึ่งพบว่าปัญหาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้สูงอายุ มีความต้องการการดูแล ได้แก่ การดูแลในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องการดูแลต่อเนื่อง และการติดตามเพื่อประเมินสถานะของโรค ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนางานเยี่ยมบ้านให้เป็นระบบและบูรณาการ การดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) โดยภาคีเครือข่าย เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ และร่วมกันดูแลหารูปแบบที่เหมาะสม เช่น ศูนย์พึ่งพิงในชุมชน (Day Care) การมีผู้ดูแล (Caregiver) ในชุมชน เพื่อดูแลให้บริการกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้ทุพพลภาพที่พึ่งพิงในชุมชน รวมทั้งการเพิ่มบริการให้สามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายได้อย่างสอดคล้อง (โชคชัย ธีโทชาลิต และ เสกสรรค์ ขวนะดีเลิศ, 2552)

จากปัญหาดังกล่าวเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี จึงได้เริ่มมีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่มีภาวะพึ่งพิง ในปี พ.ศ.2559 ขึ้น และได้มีการอบรมอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561 โดยได้มีการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง (10 วัน) ของกรมอนามัย มีผู้เข้าอบรมและผ่านการอบรมจำนวน 30 คน ปัจจุบันมีอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานอยู่ทั้งหมด 27 คน และในปี พ.ศ. 2563 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอบ้านคา ได้ดำเนินการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลชุมชน มีผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 6 คน โดยใช้หลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย ซึ่งหลังจากอบรมแล้วอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครบริบาลชุมชนจะได้รับมอบหมายไปปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และผู้พิการในชุมชน ภายใต้การควบคุมกำกับ ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ผู้ป่วย ตีตบ้าน ตีตเตียง ได้รับการดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันจากอาสาสมัครผู้ดูแล โดยเฉพาะรายที่ไม่มีผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวัน เนื่องจากบุตรหลานไปทำงานนอกบ้านทำให้ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเอง หรือบางรายต้องดูแลผู้ป่วยและผู้พิการในบ้านอีกด้วย

ในปี 2563 มีการประชุมและสรุปบทเรียนร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี (คปสอ. บ้านคา) กับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จมากน้อยต่างกัน ได้แก่ ลักษณะงานที่ปฏิบัติบางพื้นที่ที่ไม่มีกลุ่มเป้าหมายให้ได้ใช้ความรู้ความสามารถ เช่นการให้อาหารทางสายยาง สัมพันธภาพระหว่างอาสาสมัครด้วยกันเองหรือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การยอมรับนับถือจากผู้ปวยญาติ ท้องถิ่น ชุมชน รวมถึงการให้ผลประโยชน์ตอบแทนที่ต่างกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาสาสมัครผู้ดูแลถึงแม้จะได้รับการฝึกอบรมทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานแต่ก็ยังมีผลการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน เมื่อมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างกัน

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ประสานแผนงานโครงการงานสาธารณสุขหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี และมีการฝึกในการทำหน้าที่สาธารณสุขอำเภอบ้านคา จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และนำผลการศึกษามาปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี มีภาวะสุขภาพแข็งแรงยาวนานที่สุด เป็นชุมชนที่มีสุขภาพดีต่อไป

## วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยจูงใจ (ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ การดำเนินงานด้านสาธารณสุข ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การยอมรับนับถือ และผลประโยชน์ตอบแทน) ในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี

## กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวคิดการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยจูงใจที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ การดำเนินงานด้านสาธารณสุข ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การยอมรับนับถือ และผลประโยชน์ตอบแทน) มาพัฒนาสร้างเครื่องมือในการศึกษา

## ระเบียบวิธีวิจัย

### ประชากร

ประชากรเป้าหมายที่ศึกษา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี หลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง จำนวน 27 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลชุมชน จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 33 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ (Interview Form) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการ บทความ วารสาร วิทยานิพนธ์ รายงาน การวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การดำรงตำแหน่งในชุมชน และวิธีการมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ การดำเนินงานด้านสาธารณสุข จำนวน 12 ข้อ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 7 ข้อ การยอมรับนับถือ จำนวน 8 ข้อ และผลประโยชน์ตอบแทน จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบจากคำตอบที่กำหนดให้เท่านั้น โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับความคิดเห็น คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วย ปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด มีข้อคำถามจำนวน 42 ข้อ

การแปลผล จากคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ในแต่ละด้าน โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์มาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละด้าน โดยใช้เกณฑ์แบบอิงกลุ่มของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538) ซึ่งแบ่ง 3 ระดับ ดังนี้

$$\frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

### เกณฑ์ระดับความคิดเห็น

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึงระดับความคิดเห็นน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66	หมายถึงระดับความคิดเห็นปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึงระดับความคิดเห็นมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content Validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content Validity) โดยการหาค่าการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องของแบบทดสอบกับจุดประสงค์ (IOC : Index of Item Objective Congruence) ของโลวินลลี และแฮมเบลตัน (Rowinelli & Hambleton, 1977 อ้างถึงใน ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ, 2543) เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ และแนวคิดหรือทฤษฎีของตัวแปร โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็น จาก

ผู้เชี่ยวชาญมาประเมินความตรงตามเนื้อหา โดยได้ค่า Validity ระหว่าง 0.87-1.00 และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือการวิจัยมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ปรับปรุงแล้ว นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรีซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญธรรม กิจปริตาบริสุทธิ, 2549) จากการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ด้านปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.82

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในผู้ที่เข้ารับการอบรมในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรีจัดขึ้นซึ่งผู้วิจัยในฐานะที่ผู้ประสานโครงการ และมีความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจในการให้ข้อมูลในเชิงลบ หรือเห็นด้วย ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยเบี่ยงเบนจากความเป็นจริง ดังนั้นจึงแก้ไขและการป้องกันโดยอบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องการจัดทำหลักสูตรการอบรม และไม่มีบทบาทในการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. อบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในการสัมภาษณ์ (Information Bias) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเทคนิคการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง คนละ 1 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำปัญหาที่พบจากการสัมภาษณ์มาทบทวนทำความเข้าใจกับผู้วิจัย

2. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านคา จังหวัดราชบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 9 แห่ง ในการขอเข้าเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมและยังปฏิบัติงานอยู่

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เก็บโดยการสัมภาษณ์ ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็น ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 42 ข้อ

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ อธิบายโดยใช้เอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูลวิจัย (Information sheet) และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งให้ลงนามเข้าร่วมวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีแนวทางดังนี้

4.1 สัมภาษณ์ตามรายการคำถามที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์

4.2 ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลหรือแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับประเด็นที่สัมภาษณ์ ไม่พูดแสดงความคิดเห็นนอกนอกขอบเขต

4.3 สังเกตพฤติกรรม สีหน้าและลักษณะการพูดของผู้ให้สัมภาษณ์ขณะรวบรวมข้อมูล ถ้าสงสัยหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ สัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามข้อเท็จจริงและครอบคลุมประเด็นที่ต้องการ และถ้ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดใจไม่สบายใจในการตอบคำถาม จะป้องกันโดยการอธิบายเพิ่มเติม หรือสามารถยุติการตอบคำถามได้

5. ตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้อง ถ้าไม่ครบถ้วน สัมภาษณ์เพิ่มเติมและรวบรวมแบบสัมภาษณ์ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



## จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ได้หนังสือรับรองที่ RbPH REC 042/2564 ลงวันที่ 16 เมษายน 2564

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

**ตาราง 1** จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มประชากรจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=33)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	33	100.00
<b>อายุ (<math>\mu = 45.11, \sigma = 6.6, \text{Min} = 25 \text{ ปี}, \text{Max} = 62 \text{ ปี}</math>)</b>		
<40 ปี	7	21.21
40-50 ปี	19	57.58
50 ปีขึ้นไป	7	21.21
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	3	9.09
คู่	28	84.84
หม้าย หย่า แยก	2	6.07
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	9	27.27
มัธยมศึกษา	21	63.63
อนุปริญญาขึ้นไป	3	9.10
<b>รายได้ (<math>\mu = 5,657.45 \sigma = 892.53, \text{Min} = 600, \text{Max} = 35,000</math>)</b>		
< 2,500	7	21.21
2,500- 5,000	16	48.48
5,001- 7,500	3	9.10
>7,500	7	21.21
<b>การดำรงตำแหน่งในชุมชน</b>		
อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเดียว	11	33.33
อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับตำแหน่งอื่น ๆ (กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุน อาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครพลเรือน)	22	67.67
<b>วิธีการมาเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ</b>		
สมัครเอง	17	51.52
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชักชวน	14	42.42
ท้องถิ่น และเพื่อนชวน	2	6.06

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเพศหญิงทั้งหมด โดยมีอายุระหว่าง 40-50 ปีร้อยละ 57.58 อายุเฉลี่ย 45.11 ปี ( $\sigma=6.6$ ) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.84 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

ร้อยละ 63.63 มีรายได้เฉลี่ย 5,657.45 บาทต่อเดือน ซึ่งดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับตำแหน่งอื่น ร้อยละ 67.67 และวิธีการมาเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลส่วนใหญ่สมัครด้วยตนเอง ร้อยละ 51.52

2. ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายด้านและโดยรวม

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	$\mu$	$\sigma$	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	4.04	0.40	มาก
2. ด้านการดำเนินงานสาธารณสุข	4.08	0.42	มาก
3. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.31	0.47	มาก
4. ด้านการยอมรับนับถือ	3.96	0.49	มาก
5. ด้านผลประโยชน์ตอบแทน	4.01	0.45	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.07</b>	<b>0.36</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าระดับคะแนนปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม เฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 4.07, \sigma = 0.36$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.40- 4.81 คะแนน และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก โดยเรียงจากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $\mu = 4.31, \sigma = 0.47$ ) ด้านการดำเนินงานสาธารณสุข ( $\mu = 4.08, \sigma = 0.42$ ) ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ( $\mu = 4.04, \sigma = 0.40$ ) ด้านผลประโยชน์ตอบแทน ( $\mu = 4.01, \sigma = 0.45$ ) และด้านการยอมรับนับถือ ( $\mu = 3.96, \sigma = 0.49$ ) ตามลำดับ

**ตาราง 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติจำแนกรายข้อ

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	$\mu$	$\sigma$	ระดับความคิดเห็น
<b>1. ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ (รวม)</b>	<b>4.04</b>	<b>0.41</b>	<b>มาก</b>
1.1 งานดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชนเป็นงานที่ตรงกับความ สนใจของข้าพเจ้า	4.11	0.66	มาก
1.2 งานดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชนข้าพเจ้าได้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่	4.02	0.60	มาก
1.3 งานดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชนเป็นงานที่ช่วยเพิ่มทักษะการทำงานให้ข้าพเจ้า	4.14	0.70	มาก
1.4 งานดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชนช่วยให้ข้าพเจ้าได้ช่วยเหลือสังคม	4.14	0.60	มาก
1.5 งานดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชนมีความไม่ยุ่งยากเกินความสามารถของข้าพเจ้า	3.60	0.64	ปานกลาง
1.6 การเป็นอาสาสมัครผู้ดูแล ข้าพเจ้าสามารถใช้ชีวิตส่วนตัวได้อย่างสมดุล	3.74	0.64	มาก
1.7 งานดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชนทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกภูมิใจ	4.53	0.58	มาก

จากตารางที่ 3 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย ( $\mu = 4.40, \sigma = 0.41$ ) โดยมี

คะแนนความคิดเห็นมากที่สุดคืองานดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน ทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกภูมิใจ ( $\mu = 4.53, \sigma = 0.58$ ) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดโดยมีความคิดเห็นระดับปานกลาง คืองานดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชนมีความไม่ยุ่งยากเกินความสามารถของข้าพเจ้า ( $\mu = 3.60, \sigma = 0.64$ )

**ตาราง 4** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการดำเนินงานสาธารณสุขจำแนกรายข้อ

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	$\mu$	$\sigma$	ระดับความคิดเห็น
<b>2. การดำเนินงานด้านสาธารณสุข (รวม)</b>	<b>4.10</b>	<b>0.41</b>	<b>มาก</b>
2.1 ความรู้ที่ท่านได้รับจากการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเหมาะสม สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของข้าพเจ้า	4.13	0.64	มาก
2.2 การฝึกปฏิบัติงานระหว่างการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุช่วยให้ออกไปปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ	4.04	0.58	มาก
2.3 ท่านคิดว่าระยะเวลาในการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเหมาะสมดี	3.85	0.62	มาก
2.4 การอบรมเพิ่มความรู้อุดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น	4.02	0.61	มาก
2.5 การอบรมเพิ่มความรู้อุดูแลผู้สูงอายุควรอย่างต่อเนื่อง	4.07	0.68	มาก
2.6 ท่านได้รับความรู้เพิ่มเมื่อท่านได้รับการเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.39	0.61	มาก
2.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับฟังข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติงานจากท่าน	3.91	0.91	มาก
2.8 ข้อเสนอแนะปัญหาการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการแก้ไข	3.70	0.66	มาก
2.9 การติดตาม แนะนำวิธีการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ	4.26	0.85	มาก
2.10 เมื่อท่านมีปัญหาในการปฏิบัติงานท่านสามารถใช้คู่มือการปฏิบัติงานช่วยได้	4.15	0.63	มาก
2.11 ในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีการบันทึกผลการปฏิบัติงานทุกครั้ง	4.33	0.63	มาก
2.12 การบันทึกผลการปฏิบัติงานมีส่วนช่วยทำให้ผลงานเป็นที่ยอมรับ	4.33	0.59	มาก

จากตารางที่ 4 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการดำเนินงานสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 4.10, \sigma = 0.41$ ) และทุกข้อมีระดับความคิดเห็นระดับมาก โดยมีคะแนนความคิดเห็นมากที่สุดคือท่านได้รับความรู้เพิ่มเมื่อท่านได้รับการเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $\mu = 4.39, \sigma = 0.61$ ) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือข้อเสนอแนะปัญหาการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการแก้ไข ( $\mu = 3.70, \sigma = 0.66$ )

**ตาราง 5** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจำแนกรายข้อ

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	$\mu$	$\sigma$	ระดับความคิดเห็น
<b>3. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (รวม)</b>	<b>4.32</b>	<b>0.46</b>	<b>มาก</b>
3.1 ข้าพเจ้ามีเพื่อนมากขึ้นเมื่อมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.39	0.57	มาก
3.2 เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมอบหมายงานให้ท่านเต็มใจที่จะช่วยเหลืองานทุกอย่าง	4.41	0.58	มาก
3.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นมิตรทักทายอย่างเป็นกันเองกับท่านในเวลาทำงาน	4.52	0.58	มาก
3.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นมิตรทักทายอย่างเป็นกันเองกับท่านเมื่อพบปะที่อื่น	4.46	0.62	มาก

ตาราง 5 (ต่อ)

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	$\mu$	$\sigma$	ระดับ ความ คิดเห็น
3.5 เพื่อนผู้ดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านรู้สึกมีกำลังใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น	4.38	0.49	มาก
3.6 ท่านรู้จักคุ้นเคยกับเพื่อนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมหลักสูตรการอบรมเป็นอย่างดี	4.13	0.67	มาก
3.7 ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ	3.96	0.77	มาก

จากตารางที่ 5 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 4.32$ ,  $\sigma = 0.46$ ) และทุกข้อมีระดับความคิดเห็นในระดับมาก โดยมีคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นมิตรทักทายอย่างเป็นกันเองกับท่านในเวลาทำงาน ( $\mu = 4.52$ ,  $\sigma = 0.58$ ) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ( $\mu = 3.96$ ,  $\sigma = 0.77$ )

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการยอมรับนับถือจำแนกรายข้อ

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	$\mu$	$\sigma$	ระดับความ คิดเห็น
<b>4. การยอมรับนับถือ (รวม)</b>	<b>3.96</b>	<b>0.49</b>	<b>มาก</b>
4.1 การทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุทำให้ข้าพเจ้าเป็นที่รู้จักของประชาชนในพื้นที่มากขึ้น	4.47	0.54	มาก
4.2 ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการและญาติไว้วางใจข้าพเจ้าในการดูแล ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา	3.91	0.74	มาก
4.3 รูปแบบการปฏิบัติงานของข้าพเจ้าเป็นแบบอย่างที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน	4.02	0.70	มาก
4.4 ประชาชน ผู้รับบริการ ย่อมชมเชยข้าพเจ้าเมื่อปฏิบัติงานได้สำเร็จ	4.00	0.62	มาก
4.5 ผู้นำชุมชนยกย่องชมเชยข้าพเจ้าเมื่อปฏิบัติงานได้สำเร็จ	3.68	0.72	มาก
4.6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยกย่องชมเชยข้าพเจ้าเมื่อปฏิบัติงานได้สำเร็จ	4.00	0.69	มาก
4.7 เพื่อนผู้ดูแลผู้สูงอายุขอปรึกษาการปฏิบัติงานจากข้าพเจ้า	3.66	0.73	ปานกลาง
4.8 ชาวบ้านในชุมชนยินดีที่จะรับคำแนะนำทางสุขภาพจากข้าพเจ้า	3.96	0.55	มาก

จากตารางที่ 6 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการยอมรับนับถือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 3.96$ ,  $\sigma = 0.49$ ) โดยมีคะแนนความคิดเห็นมากที่สุด คือการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุทำให้ข้าพเจ้าเป็นที่รู้จักของประชาชนในพื้นที่มากขึ้น ( $\mu = 4.47$ ,  $\sigma = 0.54$ ) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดมีความคิดเห็นระดับปานกลาง คือเพื่อนอาสาสมัครขอปรึกษาการปฏิบัติงานจากข้าพเจ้า ( $\mu = 3.66$ ,  $\sigma = 0.73$ )

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านผลประโยชน์ตอบแทนจำแนกรายข้อ

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	$\mu$	$\sigma$	ระดับความคิดเห็น
<b>5. ผลประโยชน์ตอบแทน (รวม)</b>	<b>4.00</b>	<b>0.45</b>	<b>มาก</b>
5.1 ท่านได้นำความรู้การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมาใช้กับตนเองและครอบครัว	4.23	0.75	มาก
5.2 การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุช่วยให้ท่านได้รับความสะดวกในการไปรับบริการในสถานบริการสาธารณสุข	4.04	0.55	มาก
5.3 ท่านได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ทำประโยชน์ต่อสังคม	3.98	0.57	มาก
5.4 ประกาศนียบัตรผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณค่าสำหรับท่าน	4.49	0.62	มาก
5.5 ท่านมาปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเพราะท่านรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์	4.36	0.52	มาก
5.6 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรได้รับเบี้ยเลี้ยงหรือค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม	3.91	1.03	มาก
5.7 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรทำงานต่อไปแม้ว่าจะไม่ได้สิ่งตอบแทนจากหน่วยงานภาครัฐ	3.85	0.85	มาก
5.8 การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ท่านอาจมีโอกาสดำเนินการได้รับเลือกเป็นตัวแทนชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิก อบต. ฯลฯ	3.17	1.03	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านผลประโยชน์ตอบแทน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 4.00$ ,  $\sigma = 0.45$ ) โดยมีคะแนนความคิดเห็นมากที่สุดคือประกาศนียบัตรผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณค่าสำหรับท่าน ( $\mu = 4.49$ ,  $\sigma = 0.62$ ) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดมีความคิดเห็นระดับปานกลาง คือการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ท่านอาจมีโอกาสดำเนินการได้รับเลือกเป็น ตัวแทนชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิก อบต. ฯลฯ ( $\mu = 3.17$ ,  $\sigma = 1.03$ )

### อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่าปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ลักษณะของงาน ที่ปฏิบัติ การดำเนินงานสาธารณสุข ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การยอมรับนับถือ และผลประโยชน์ตอบแทนมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 4.10$ ,  $\sigma = 0.36$ ) ซึ่งสามารถอธิบายรายด้านได้ ดังนี้

ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมระดับมาก ( $\mu = 4.04$ ,  $\sigma = 0.41$ ) อาจเนื่องมาจากงานการดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน เป็นงานที่ตรงกับความสนใจของอาสาสมัครผู้ดูแล รู้สึกว่าได้ใช้ความรู้ความสามารถ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gallup Poll (2553) เกี่ยวกับการที่บุคคลจะพึงพอใจในงานเองมาจาก การได้แสดงทักษะ (Use of Skills) พบว่า ลูกจ้างจะมีความสุขในการทำงานถ้าพวกเขามีโอกาสได้แสดงความสามารถ หากเงื่อนไขในการทำงานหรือปฏิบัติของผู้ร่วมงานไม่ตรงกับลักษณะงาน ความพึงพอใจต่องานก็จะลดลงด้วย แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า งานที่ปฏิบัติทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกภูมิใจมีคะแนนมากที่สุดแสดงให้เห็นว่าการที่อาสาสมัครผู้ดูแลได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชนนั้นทำให้ตนเองมีคุณค่าและมีกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป และการทำงานในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นงานที่ใช้ความเสียสละ และเป็นงานที่ช่วยเหลือผู้อื่น

ด้านการดำเนินงานสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมระดับมาก ( $\mu = 4.10$ ,  $\sigma = 0.41$ ) ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ใช้เวลาการอบรมทั้งหมด 20 วัน ทั้งภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติโดยเน้นกระบวนการกลุ่ม และอบรมแบบวันเว้นวัน เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชาวบ้านที่ต้องมีเวลาใน

การดูแลภารกิจส่วนตัวระหว่างอบรม การได้ฝึกปฏิบัติงานโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยช่วยเหลือแนะนำ ทำให้อาสาสมัครผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้อาสาสมัครผู้ดูแลปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านความสัมพันธ์ของบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมระดับมาก ( $\mu = 4.32$ ,  $\sigma = 0.46$ ) ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนมากที่สุด เนื่องมาจากอาสาสมัครผู้ดูแลและผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาก่อน ทำให้รู้จักคุ้นเคยกันดีอยู่แล้ว การจัดการอบรมที่ใช้เวลานานและเน้นกิจกรรมกลุ่ม ตลอดจนมีการกระตุ้นให้กลุ่มได้มีกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่องทำให้อาสาสมัครผู้ดูแล รวมกลุ่มกันทำงานเพื่อผลงานของกลุ่มสำเร็จตามเป้าหมาย และเมื่อจบการอบรมในหลักสูตรแล้วอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ได้ออกไปปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้มีความสนิทสนมคุ้นเคยกันทั้งในและนอกเวลาราชการ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (1970) (อ้างถึงใน วุฒิพล สกลเกียรติ, 2546) ชั้น 3 เกี่ยวกับความต้องการความรัก ความเอื้ออาทรจากเพื่อนร่วมงานหรือจากสมาชิกองค์กรอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของจงลักษณ์ จิมนันใจ (2550) ที่ศึกษาสมรรถนะแห่งตนต่อการ เผื่อแผ่โรครวมกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแหล่งที่เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมจากการได้รับคำแนะนำชี้แจงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด และณรงค์ ศรีเกรียงทอง และประสพชัย พสุนนท์ (2558) ที่ได้ศึกษาปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการสร้างประสิทธิภาพในงานขายของพนักงานที่ปรึกษางานขาย (PC) และพนักงานที่ปรึกษาความงาม (BA) ของบริษัทโมเดิร์นคาสอินเตอร์เนชั่นแนลคอสเมติกส์ ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรู้สึกประสบผลสำเร็จ และนโยบายบริษัท เป็นแรงจูงใจที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพทางด้านงานขาย

ด้านการยอมรับนับถือ มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมระดับมาก ( $\mu = 3.96$ ,  $\sigma = 0.49$ ) เนื่องจากอาสาสมัครผู้ดูแล เมื่อไปปฏิบัติงานในชุมชน ทำให้ประชาชนรู้จักมากขึ้น อีกทั้งเป็นคนในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยและญาติให้ความไว้วางใจในการที่จะขอคำแนะนำ หรือขอรับบริการ เมื่อผู้ป่วย ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ ที่ต้องการความช่วยเหลือในเบื้องต้นแทนญาติ หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้ และเมื่อปฏิบัติงานสำเร็จ อาสาสมัครผู้ดูแล ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองได้รับการยอมรับมากขึ้น จากการที่ผู้รับบริการ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กล่าวคำยกย่องชมเชย เป็นตามทฤษฎีลำดับขั้นของ มาสโลว์ (1970) (อ้างถึงใน วุฒิพล สกลเกียรติ, 2546) เกี่ยวกับความต้องการยอมรับนับถือจากบุคคลทั่วไป เช่น การได้รับการเอาใจใส่ การได้รับเกียรติยกย่อง จะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือการทำงานเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลและผู้สูงอายุทำให้เป็นที่รู้จักของประชาชนมากขึ้น รองลงมาคือรูปแบบการทำงานของเขาเป็นแบบอย่าง ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน การได้รับคำชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้นำชุมชน ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของเขมิกา กิตติพงศ์ (2558) ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทธุรกิจบริการ จำกัด สำนักงานใหญ่ อาคารสุขุมวิท ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นในระดับปานกลางเกี่ยวกับปัจจัยในการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับความสำเร็จและความมั่นคงในการทำงาน รวมถึงค่าจ้างและผลตอบแทน และการยอมรับการนับถือ

ด้านผลประโยชน์ตอบแทน มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมระดับมาก ( $\mu = 4.00$ ,  $\sigma = 0.45$ ) สามารถอธิบายได้ว่าผลประโยชน์ตอบแทนของอาสาสมัครผู้ดูแลไม่ใช่เรื่องเงินทอง เบี้ยเลี้ยง ค่าตอบแทน หรือการมีโอกาสก้าวหน้าสู่ตำแหน่งผู้แทนชุมชน แต่ผลประโยชน์ตอบแทนที่อาสาสมัครผู้ดูแลต้องการ ได้แก่ การนำความรู้ไปใช้ดูแลตนเองและครอบครัว การได้รับประกาศนียบัตรจากหลักสูตรการอบรม การได้รับการชื่นชมว่าเป็นผู้ทำประโยชน์ต่อสังคม เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของเขมิกา กิตติพงศ์ (2558) ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทธุรกิจบริการ จำกัด สำนักงานใหญ่ อาคารสุขุมวิท ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นในระดับปานกลางเกี่ยวกับปัจจัยในการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับความสำเร็จและความมั่นคงในการทำงาน รวมถึงค่าจ้างและผลตอบแทน และการยอมรับการนับถือ

## การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานภาครัฐดูแลอาสาสมัครและผู้สูงอายุ ควรจัดกิจกรรมให้ผู้รับบริการ ชุมชน ประชาชน รู้จักอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน กล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติงานสำเร็จ หรือสนับสนุนให้มีการนำเสนอผลงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการยอมรับนับถือ
2. หน่วยงานภาครัฐควรสนับสนุนผลประโยชน์ตอบแทน เช่น การมอบใบประกาศนียบัตรเมื่อจบหลักสูตรการอบรม สนับสนุนเบี้ยเลี้ยง/ค่าตอบแทนที่เหมาะสม
3. ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ในด้านการพัฒนางานในรูปแบบอาสาสมัคร จะได้ผลดี ลักษณะงานควรตรงกับความสนใจของอาสาสมัคร เป็นงานที่ได้ใช้ความรู้ความสามารถเต็มที่ และที่สำคัญต้องเป็นงานที่ทำแล้วก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ
4. การจัดทำหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครผู้สูงอายุต้องบูรณาการจากความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่
5. วิธีการจัดการอบรมที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้เข้ารับการอบรม ควรมีการพัฒนาหลักสูตรอาสาสมัครเฉพาะทาง หรือพัฒนาหลักสูตรที่เป็นอาสาสมัครแบบเป็นทางการ
6. ถ้ามีการอบรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครผู้สูงอายุ ทุก 2-5 ปี เนื่องจากอาสาสมัครสามารถช่วยปฏิบัติงานได้จริงในพื้นที่ ควรมีการเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติงานให้กับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมฟื้นฟูความรู้จัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

## ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยจำแนกเป็น ชุมชนเมือง ชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนชนบท

## References

- กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2561). *สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2563, จาก <http://www.cbo.moph.go.th/cbo/index.php/component/phocadownload/category/4-2017-10-11-03-59-26?download=143:2-61>
- เขมิกา กิตติพงษ์. (2558). ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทกรุงเทพธุรกิจบริการ จำกัด สำนักงานใหญ่ อาคารสุขุมวิท. *วารสารวิชาการการตลาดและการจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี*, 2(2), 1-12.
- จุฑามาส จันท์ฉาย และคณะ. (2555). โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 77.
- จรัพร คงประเสริฐ. (2558). *คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน NCD คุณภาพ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชน สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- โชติกา สัตนาโค และจุฬารัตน์ โสตะ. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(4), 32.

- ณรงค์ ศรีเกียรติทอง และประสพชัย พสุนนท์. (2558). ปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการสร้างประสิทธิผลในงานขายของพนักงานที่ปรึกษางานขาย (PC) และพนักงานที่ปรึกษาความงาม (BA) ของบริษัทโมเดิร์นคาส อินเทอร์เน็ตชั้นนำในเขตเทศบาลเมือง. *Veridian E-Journal, Silpakorn University, 8(2)*, 1654-1671.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ และการนำมาใช้*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการสถาบันพระบรมราชชนก
- ปราณี สวางค์นาม. (2553). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลศรีธาตุ. (วิทยาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น*
- ปัทมทรัพย์ คุ่มสุข. (2553). *ผลของโปรแกรมควบคุมอาหารที่บ้านในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมควบคุมอาหาร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2543). *เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วุฒิพล สกลเกียรติ. (2546). *เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชา ER 644 การเรียนรู้ของผู้ใหญ่และผู้เรียนผู้ใหญ่*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการการศึกษาต่อเนื่อง คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวรรณ ศรีอัยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจักรเมธากุล, และ นิลุมล นันทา. (2560). *พฤติกรรมการดูแลเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28(2)*, 100
- สุวัฒน์ศิริ แก่นทราย. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางหลวงเหนือ ตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. การประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 1 หัวข้อ สร้างเสริมสหวิทยาการผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AC; 29 กรกฎาคม 2559; ณ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี.*
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ปทุมธานี: บริษัท รมเย็น มีเดีย จำกัด
- Lwanga, S. K. & Lemeshow, S. (1991). *Sample Size Determination in Health Studies: a Practical Manual*. Macmillan: World Health Organization.
- Maslow A. H. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row.
- Cho, J. E., Shaw, S., Karuranga, J. D., da Rocha Fernandes, A. W., Ohlrogge, B., & Malanda. (2018). *IDF Diabetes Atlas: Global Estimates of Diabetes Prevalence for 2017 and Projections for 2045. FULL LENGTH ARTICLE, 138*, P271-281
- Gallup Poll [cited 11 มกราคม 2553]. Available from ; [http://pirun.ku.ac.th/~g4968073/report/475531/Motivation\\_Job\\_by\\_2.doc](http://pirun.ku.ac.th/~g4968073/report/475531/Motivation_Job_by_2.doc)
- World Health Organization. (2017). *The Top 10 Causes of Death*. Retrieved March 12, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>



การค้นหาเชิงรุกและต้นทุนในการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก  
โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว  
Cost and Outcome Analysis of an Active Case Finding for Pulmonary  
Tuberculosis, Ta Phraya Hospital, Sakaeo Province

เอกชัย ยอดขาว\*

Eakachai Yodkalw\*

เวชศาสตร์ป้องกันแขนงระบาดวิทยา โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว\*

Thai Board of Epidemiology, Ta Phraya Hospital, Sa Kaeo Province\*

(Received: November 2, 2020; Revised: April 14, 2021; Accepted: April 30, 2021)

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบ Cross-Sectional Descriptive Study นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของผู้ป่วยเป็นวัณโรค และศึกษาต้นทุนของการดำเนินการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลตาพระยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า

ประชากรที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน 1,705 คน พบว่ามีผู้ที่มีผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติจำนวน 352 คน ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งสิ้นจำนวน 14 ราย (ผลการตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมเชื้อเป็นบวกอย่างน้อย 1 ครั้ง 9 ราย, อาการแสดงเข้าได้กับวัณโรคปอด 3 ราย และ GeneXpert ให้ผลบวกต่อวัณโรคปอด 2 ราย) โดยพบส่วนใหญ่เป็นชาวไทยร้อยละ 92.86 เพศชายร้อยละ 78.57 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.39 ปี (สวนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 17.58 ปี) อาการและอาการแสดงหลักพบว่า ส่วนใหญ่ไม่พบอาการและอาการแสดงคิดเป็นร้อยละ 71.43 ตามด้วย ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ และไอเสมหะปนเลือด กับไข้เรื้อรังเท่ากับร้อยละ 71.43 และ 7.14 ตามลำดับ อัตราป่วยวัณโรคปอดรายใหม่รายกลุ่มเสี่ยงการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก พบว่าอัตราป่วยมากที่สุดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีคิดเป็น 7,692.31 ต่อประชากรแสนคน ตามด้วยผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ 1,748.25 และ 554.79 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ต้นทุนการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุกในทัศนะของผู้ให้บริการเท่ากับ 220,437.16 บาท และอัตราส่วนต้นทุนในทัศนะของผู้ให้บริการเท่ากับ 15,745.51 บาท

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จากการค้นหาเชิงรุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ไม่พบอาการและอาการแสดง อัตราป่วยวัณโรคปอดรายใหม่สูงสุดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้นทุนในทัศนะผู้ให้บริการดำเนินการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุกเท่ากับ 220,437.16 บาท อัตราส่วนต้นทุนในทัศนะของผู้ให้บริการเท่ากับ 15,745.51 บาท ควรผลักดันนโยบายการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุกเป็นนโยบายสำคัญ

**คำสำคัญ** วัณโรคปอด ค้นหาเชิงรุก ต้นทุน

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: mol\_mt@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 065-3595935)

## Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to find the prevalence of tuberculosis patients and evaluate cost and outcome of the active case finding intervention for pulmonary tuberculosis. This study used the secondary data from HOSxP database of Ta Phraya hospital and the data were analyzed by using descriptive statistics in terms of percentage, average and standard deviation.

The results showed that a total of 1,705 people who participated in this study, 352 people had abnormal chest x-ray that found 14 new cases of pulmonary tuberculosis (9 cases had sputum AFB at least 1 positive, 3 cases had signs and symptom as pulmonary tuberculosis and 2 cases had GeneXpert positive for pulmonary tuberculosis). Most of participants, 92.86 percent, were Thai people and 78.57 percent were males aged  $50.39 \pm 17.58$  years. Main signs and symptoms of the patients shown were chronic cough over 2 weeks and coughing with bloody sputum (71.43%), chronic fever (7.14%) and no symptom (71.43%). Rate of new patients with pulmonary tuberculosis was found in HIV-infected patients (7,692.31 per 100,000 people), exposed-tuberculosis person (1,748.25 per 100,000 people) and elderly over 60 years old (554.79 per 100,000 people). Cost of active case finding for pulmonary tuberculosis and the cost ratio were 220,437.16 baht and 15,745.51 baht, respectively.

A number of new cases of active case finding for pulmonary tuberculosis were likely to increase, that most of them did not find any signs and symptoms. Rate of new pulmonary tuberculosis cases was shown as the highest among HIV-infected patients. Cost of the active case finding for pulmonary tuberculosis was 220,437.16 baht and cost ratio was 15,745.51 baht in provider perspective. Therefore, the active case finding for pulmonary tuberculosis should be promoted as an important policy to find patients with pulmonary tuberculosis.

**Keywords:** Pulmonary Tuberculosis, Active Cases Finding, Cost

## บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและพื้นที่จังหวัดตามแนวชายแดน (ปราชญ์บุญยวงศวิโรจนา, 2554) โดยวัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* สามารถเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกายแต่ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้ การแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคนั้นสามารถแพร่กระจายเมื่อผู้ป่วยไอ จาม เสมหะออกสู่อากาศ เมื่อคนสูดหายใจเอาอากาศที่มีเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายประมาณร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อวัณโรคจะไม่มีอาการป่วยและไม่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นของผู้ที่ติดเชื้อที่จะป่วยเป็นวัณโรค โดยครึ่งหนึ่ง (5%) จะป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปีหลังการติดเชื้อ (Lillebaek, Dirksen, Vynnycky, Baess et al, 2003) สำหรับการวินิจฉัยวัณโรคปอดโดยทั่วไปมักใช้อาการและการแสดง การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคร่วมกัน และได้จำแนกผู้ป่วยวัณโรคไว้ 2 กลุ่ม คือ วัณโรคปอดยอมเสมหะพบเชื้อ และวัณโรคปอดยอมเสมหะไม่พบเชื้อ โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-Ray: CXR) นั้นมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยวัณโรค แม้มีความไวค่อนข้างสูงแต่ความจำเพาะไม่สูง แต่เป็นประโยชน์ในการช่วยคัดกรองในรายที่พบเงารังสีผิดปกติ และการตรวจวินิจฉัยในขั้นต่อไปซึ่งต้องมีการตรวจเสมหะควบคู่ไป

ด้วยทุกครั้ง โดยในผู้ป่วยบางรายผลการการตรวจเสมหะอาจให้ผลลบต่อวัณโรค แต่อาการทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรค แพทย์ผู้รักษาอาจพิจารณาส่งตรวจอื่น ๆ เช่น GeneXpert เพื่อยืนยันการวินิจฉัยก่อนการรักษาวัณโรค (B Samb, & Henze, & Daley (1997)

โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ติดชายแดนไทย-กัมพูชาเป็นพื้นที่ที่พบการระบาดของวัณโรคอย่างต่อเนื่อง ภารกิจเกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรคนั้นประกอบด้วย ด้านการค้นหา ด้านการรักษา การป้องกันวัณโรค และดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล สำหรับด้านการค้นหานั้นมีแนวโน้มพบผู้ป่วยวัณโรคมามากขึ้นแต่ผู้ป่วยที่ค้นพบมักเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่ได้จากการค้นหาจากกลุ่มเสี่ยงยังพบน้อย โรงพยาบาลตาพระยาจึงได้จัดการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก (Active Cases Finding) เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนขึ้นและกลุ่มเสี่ยงที่แนะนำได้แก่ ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ติดเชื้อ และผู้สัมผัสร่วมบ้านวัณโรค (แนวทางการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย, 2561) โดยคาดหวังว่าจะสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการและการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคเพื่อตัดวงจรการระบาด แต่การดำเนินงานนี้ย่อมทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุน (Cost) เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดำเนินงานต่อไปในอนาคต ผู้วิจัยจึงสนใจวิเคราะห์ต้นทุนของการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของผู้ป่วยเป็นวัณโรคและเพื่อศึกษาต้นทุนของการดำเนินการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก และสามารถใช้เป็นแนวทางในการค้นหาลดการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรคปอด และประกอบการตัดสินใจในการดำเนินงานต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อหาความชุกของผู้ป่วยเป็นวัณโรค และศึกษาต้นทุนของการดำเนินการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประเมินต้นทุนเฉพาะในทัศนะของผู้ให้บริการ โดยต้นทุนในทัศนะของผู้ให้บริการคำนวณเฉพาะต้นทุนทางตรง (Direct Medical Cost) ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost) ได้แก่ ค่าจ้างแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (การศึกษานี้กำหนดค่าจ้างต่อวัน โดยคำนวณจากการใช้อัตราเงินเดือนของผู้ปฏิบัติงานหารด้วยจำนวนวันในหนึ่งเดือน) ต้นทุนที่ไม่ใช่ค่าแรง (Material Cost) ได้แก่ ค่าวัสดุการแพทย์ ค่าวัสดุสำนักงาน ค่าสาธารณูปโภค ค่าซ่อมบำรุง และต้นทุนการจ้างรถ Mobile CXR เคลื่อนที่เพื่อคัดกรองวัณโรค, ต้นทุนการลงทุน (Capital Cost) ได้แก่ ค่าเสื่อมอาคาร และค่าเสื่อมครุภัณฑ์การแพทย์ ประมาณค่าต้นทุนโดยใช้ Annualization Factor ตามอายุการใช้งานของสินทรัพย์กับอัตราดอกเบี้ยปัจจุบัน โดยเวลาของการศึกษานี้ใช้อัตราลด (Discount Rate) ที่ 3% (โครงการประเมินด้านเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2556)

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบ Cross-Sectional Descriptive Study ดำเนินการระหว่างวันที่ 20-21 กรกฎาคม 2562 เป็นการศึกษาหาต้นทุนของการดำเนินการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุกต่อโครงการ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 2,531 คน ประกอบด้วย ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 372 คน, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM,HT,COPD และอื่น ๆ) 812 คน, ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,129 คน, ผู้ติดเชื้อ HIV 62 คน, ผู้ขับชื้อรถสาธารณะ 55 คน, พระภิกษุ 70 รูป และบุคลากรทางการแพทย์ 31 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดออกดังนี้

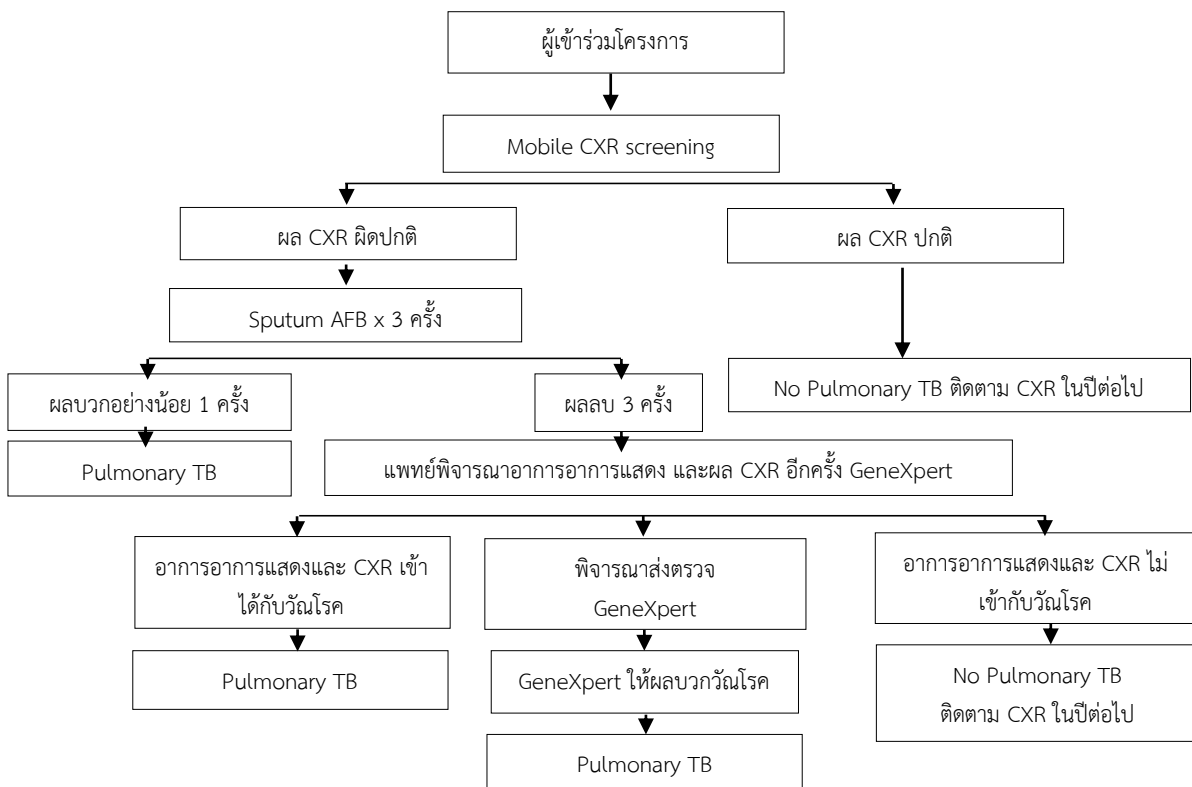
1. ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงแต่ไม่สามารถรับการคัดกรองในวันเวลาของการดำเนินการ
2. ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงแต่ได้รับการคัดกรองโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกไปแล้วภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนเริ่มการดำเนินการ
3. ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงแต่มีอุปสรรคในการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เช่น สูงอายุมาก เคลื่อนไหวลำบาก ผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคปอดจากการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลตาพระยา โดยแบ่งแบบบันทึกข้อมูลออกเป็น
  - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค
  - 2.2 แบบบันทึกข้อมูลการมารับบริการรักษาพยาบาล
  - 2.3 แบบบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาลที่มารับบริการ
  - 2.4 แบบบันทึกข้อมูลโรคแทรกซ้อนโรค

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

โดยกระบวนการวินิจฉัยวัณโรคนั้นผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เมื่อพบผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมเชื้อจำนวน 3 ครั้ง หากผลเสมหะเป็นบวก (Positive) จะได้รับการวินิจฉัยวัณโรค หรือผลเสมหะเป็นลบ (Negative) แต่มีอาการอาการแสดงและผลถ่ายภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับผู้ป่วยวัณโรค แพทย์ผู้ทำการรักษาจะพิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติม หรือวินิจฉัยวัณโรค และรักษาเป็นรายๆไป ดังภาพ 1



ภาพ 1 กระบวนการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในชุมชน

### การวิเคราะห์ทางสถิติ

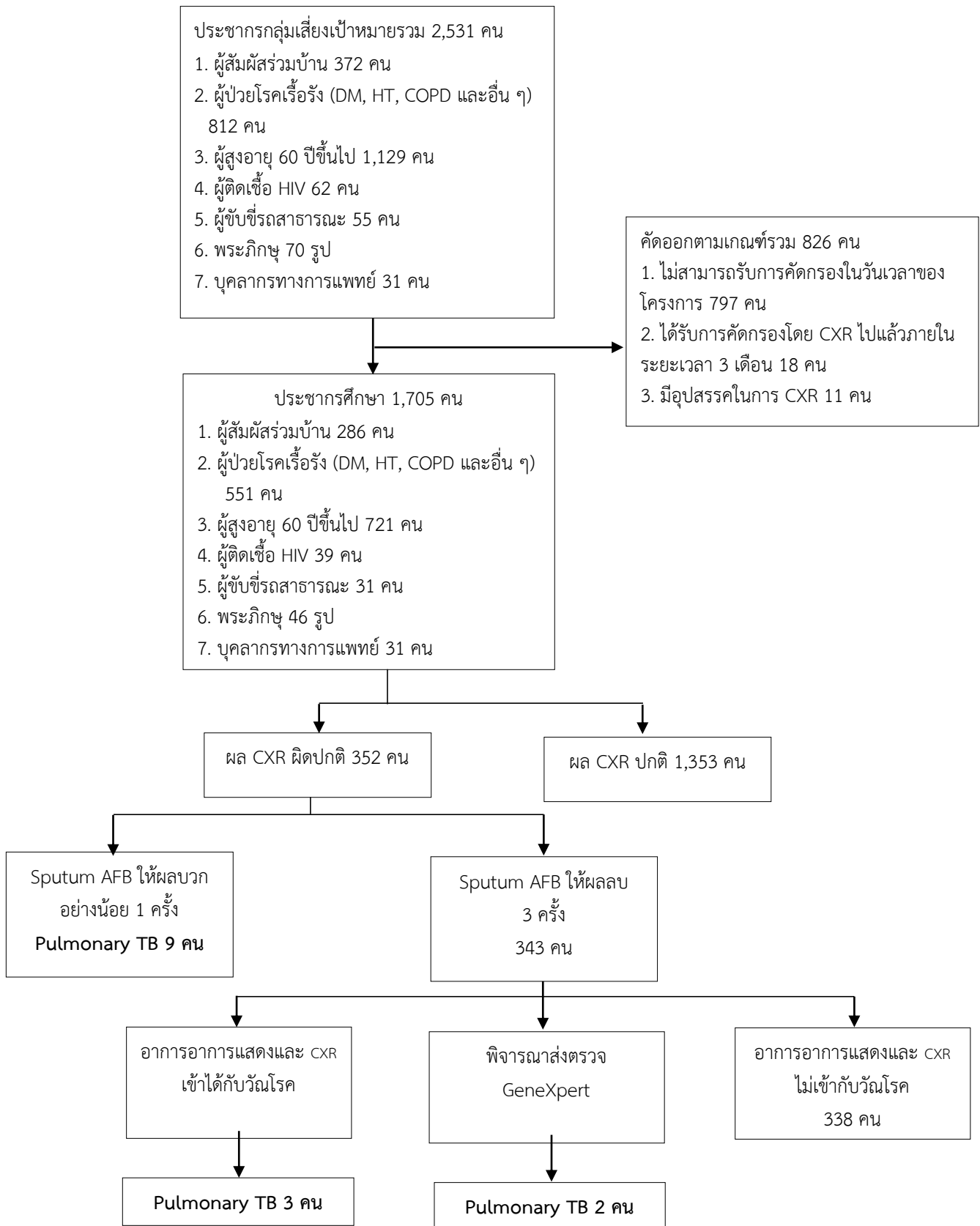
สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) การประเมินต้นทุนของการค้นหาวัณโรคเชิงรุก คำนวณออกมาในรูปอัตราส่วนต้นทุน (Cost) ในทัศนะของผู้ให้บริการ โดยแปลความหมายเป็นต้นทุนของการดำเนินการต่อจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากการค้นหาเชิงรุก (Cost Per Case Detection)

### จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ตามเลขที่โครงการ 05/2563 เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2563 หมดอายุ วันที่ 28 มิถุนายน 2564 ประเภทการรับรอง การวิจัยประยุกต์ (Expedited Review)

### ผลการวิจัย

ประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายในการคัดกรองวัณโรคปอดเชิงรุกในระหว่างวันที่ 20-21 กรกฎาคม 2562 รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,531 คน พบว่าผู้ที่เข้าได้กับเกณฑ์คัดออกทั้งสิ้นจำนวน 826 คน ได้แก่ ไม่สามารถรับการคัดกรองในวันเวลาของการดำเนินการจำนวน 797 คน, ได้รับการคัดกรองโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกไปแล้วภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนเริ่มการดำเนินการจำนวน 18 คน และมีอุปสรรคในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจำนวน 11 คน โดยมีประชากรที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอดเชิงรุกทั้งสิ้นจำนวน 1,705 คน ประกอบด้วย ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 286 คน, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM, HT, COPD และอื่น ๆ) 551 คน, ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 721 คน, ผู้ติดเชื้อ HIV 39 คน, ผู้ขับซึ่รถสาธารณะ 31 คน, พระภิกษุ 46 รูป และบุคลากรทางการแพทย์ 31 คน จากผลการคัดกรองพบผู้มีผลถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติทั้งสิ้นจำนวน 352 รายในจำนวนนี้พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จำนวน 14 ราย ดังภาพ 2



ภาพ 2 ประชากรที่เข้าร่วมโครงการในการศึกษาครั้งนี้

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่การค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก โรงพยาบาลตาพระยา ปี 2562 พบส่วนใหญ่เป็นชาวไทยร้อยละ 92.86 เพศชายร้อยละ 78.57 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.39 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 17.58 ปี) อาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 57.14 ตามด้วยรับจ้าง และค้าขายกับอาชีพอื่น ๆ เท่ากับร้อยละ 28.57 และ 7.14 ตามลำดับ อาการและอาการแสดงหลักพบว่า ส่วนใหญ่ไม่พบอาการและอาการแสดงคิดเป็นร้อยละ 71.43 ตามด้วย ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ และไอเสมหะปนเลือดกับไข้เรื้อรัง เท่ากับร้อยละ 14.29 และ 7.14 ตามลำดับ ระดับผลย้อมเสมหะพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับผลย้อมเสมหะระดับ 1+ คิดเป็นร้อยละ 77.78 ตามด้วยระดับผลย้อมเสมหะระดับ 2+ กับระดับผลย้อมเสมหะระดับ 3+ เท่ากับร้อยละ 11.11 ดังตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่การค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ปี 2562 (n=14)

ปัจจัย	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ การค้นหาเชิงรุกในชุมชน (n=14)	ร้อยละ
<b>สัญชาติ</b>		
- ไทย	13	92.86
- กัมพูชา	1	7.14
<b>เพศ</b>		
- ชาย	11	78.57
- หญิง	3	21.43
<b>อายุเฉลี่ย (ปี) ± SD</b>	50.39 ปี ± 17.58	
<b>อาชีพ</b>		
- เกษตรกร	8	57.14
- รับจ้าง	4	28.57
- ค้าขาย	1	7.14
- อื่น ๆ	1	7.14
<b>อาการและอาการแสดงหลัก</b>		
- ไม่พบอาการและอาการแสดง	10	71.43
- ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์	2	14.29
- ไอเสมหะปนเลือด	1	7.14
- ไข้เรื้อรัง	1	7.14
- น้ำหนักลด	-	-
<b>ระดับผลย้อมเสมหะ (Sputum AFB)</b>		
- 1+	7	77.78
- 2+	1	11.11
- 3+	1	11.11

อัตราผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ต่อประชากรแสนคนรายกลุ่มเสี่ยงการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก พบว่าอัตราป่วยมากที่สุดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีคิดเป็น 7692.31 ต่อประชากรแสนคน ตามด้วยผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ 1748.25 และ 554.79 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ดังตาราง 2

**ตาราง 2** อัตราป่วยด้วยโรคปอดรายใหม่ต่อประชากรแสนคนรายกลุ่มเสี่ยงการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ปี 2562 (n=14)

กลุ่มเสี่ยง	เข้ารับการรักษา (n=1,705)	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (n=14)	อัตราป่วย/ ประชากรแสนคน
ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	286	5	1748.25
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM, HT, COPD และอื่น ๆ)	551	2	362.98
ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	721	4	554.79
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	39	3	7692.31
ผู้ขับขีรถสาธารณะ	31	-	-
พระภิกษุสงฆ์	46	-	-
บุคลากรทางการแพทย์	31	-	-

ต้นทุนในทัศนะผู้ให้บริการการดำเนินการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก พบว่าส่วนใหญ่เป็นค่าจ้างรถ Mobile CXR เคลื่อนที่คิดเป็น ร้อยละ 52.65 ตามด้วยค่าวัสดุการแพทย์ และค่าแรง เท่ากับร้อยละ 36.23 และ 8.20 ตามลำดับ ดังตาราง 3

ผลของการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งสิ้นจำนวน 14 ราย โดยต้นทุนในทัศนะของผู้ให้บริการเท่ากับ 220,437.16 บาท และอัตราส่วนต้นทุนในทัศนะของผู้ให้บริการเท่ากับ 15,745.51 บาท ดังตาราง 4

**ตาราง 3** ต้นทุนในทัศนะผู้ให้บริการการดำเนินการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ปี 2562

ประเภท	ต้นทุน (บาท)	ร้อยละ
<b>ต้นทุนค่าแรง</b>		
- แพทย์	1,341.94	
- พยาบาล	3,033.55	
- นักวิชาการสาธารณสุข	1,033.55	8.20
- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	4,683.23	
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้	1,934.19	
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	6,043.87	
<b>รวม</b>	<b>18,070.32</b>	
<b>ค่าวัสดุการแพทย์</b>		
- Sputum AFB	63,360.00	
- GeneXpert	16,500.00	88.88
- ค่าจ้างรถ Mobile CXR เคลื่อนที่	116,070.00	
<b>รวม</b>	<b>195,930.00</b>	
<b>ค่าวัสดุสำนักงาน</b>	2,500.00	1.13
<b>ค่าสาธารณูปโภค</b>	3,568.02	1.62
<b>ค่าเสื่อมครุภัณฑ์การแพทย์</b>	368.82	0.17
<b>รวม</b>	<b>220,437.16</b>	<b>100</b>



**ตาราง 4** อัตราส่วนต้นทุนการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุก โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ปี 2562

ผู้ป่วยวัณโรค	ประสิทธิผล (ราย)	ต้นทุนในทัศนะของผู้ให้บริการ (บาท)	อัตราส่วนต้นทุน ในทัศนะของผู้ให้บริการ (บาท/ประสิทธิผล)
การค้นหาวัณโรคเชิงรุกในชุมชน	14	220,437.16	15,745.51

### อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จากการค้นหาเชิงรุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2562 เท่ากับร้อยละ 16.67 สาเหตุอาจเนื่องมาจาก ในปี 2562 มีการเพิ่มการเข้าถึงบริการการค้นหา โดยจัดบริการรถ mobile CXR เพื่อการคัดกรองไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ทำให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้ารับบริการคัดกรองได้สะดวกและเพิ่มจำนวนมากขึ้น น่าจะเป็นสาเหตุให้พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จากการค้นหาเชิงรุกเพิ่มขึ้น

อัตราป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ต่อประชากรแสนคนจากการค้นหาเชิงรุก พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีคิดเป็น 7,692.31 ต่อประชากรแสนคน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Monkongdee, McCarthy, Cain, et al. (2009) และ Cain, McCarthy, Heilig, et al. (2010) ที่พบอัตราป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่าง 5,800-15,000 ต่อประชากรแสนคน สาเหตุอาจเนื่องมาจากเชื้อเอชไอวีนั้นมีผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ติดเชื้ออ่อนแอลงสามารถป่วยเป็นวัณโรคได้ง่ายมากขึ้น โดยพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคในระยะสงบ (latent TB) กลายเป็นวัณโรคระยะป่วยได้เพิ่มขึ้น 20 เท่า Getahun, Gunneberg, Granich, Nunn et al. (2010) และการติดเชื้อเอชไอวียังเพิ่มความเสี่ยงการป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปีหลังติดเชื้อเพิ่มขึ้น 1-3 เท่า (Aaron, Saadoun, Calatroni, Launay, Memain, et al. 2004)

อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล (CER) สำหรับการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุกในทัศนะของผู้ให้บริการเท่ากับ 15,745.51 บาท มากกว่าการศึกษาที่ผ่านมาของ Richard James, Keovathanak Khim, Lydia Boudarene, Joanne Yoong, Chea Phalla, et al. (2017) โดยทำการศึกษาในประเทศกัมพูชาซึ่งเท่ากับ 9,631.68 บาท (1 US=30.48 บาท) สาเหตุอาจเนื่องมาจากการศึกษาของ Richard James, Keovathanak Khim, Lydia Boudarene, Joanne Yoong, Chea Phalla et al. (2017) ทำการศึกษาในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของวัณโรคในระดับสูง เท่ากับ 302 ต่อประชากรแสนคน โดยอุบัติการณ์ของวัณโรคสูงกว่าพื้นที่การศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 1.97 เท่า (WHO, 2019) จึงอาจทำให้มีโอกาสที่จะพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีมากกว่าในขณะที่ใช้ต้นทุนที่เท่ากันกับการศึกษาครั้งนี้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายความคลุมของการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุกในกลุ่มที่พบอัตราป่วยสูงอื่น ๆ อาจทำให้สามารถพบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ได้มากขึ้น เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้านย้อนหลัง 5 ปี, ผู้สูงอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ
2. เพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยในกลุ่มที่มีผลถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติแต่ผลการตรวจเสมหะโดยวิธีย้อมเชื้อเป็นลบ (Negative) เช่น เพิ่มการเข้าถึงการตรวจ GeneXpert
3. ผลักดันนโยบายการค้นหาวัณโรคปอดเชิงรุกเป็นนโยบายสำคัญ เพื่อทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดเข้าถึงกระบวนการวินิจฉัย การรักษา และเป็นการตัดวงจรการระบาดของวัณโรคปอดต่อไป
4. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาด้านต้นทุนและอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล (CER) ให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งในทัศนะของผู้ให้บริการ และทัศนะของผู้รับบริการ

## References

- โครงการประเมินด้านเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2556). *คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ สำหรับประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์ วัชรินทร์ พี.พี.; 2556
- แนวทางการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย พ.ศ.2561. (2561). [online] [cited 2019 Oct 5]. Available from: <https://www.tbthailand.org/download/Manual/NTP2018.pdf>
- ปราชญ์ บุญยวงศิริโรจน. (2554). สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางแก้ไข. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2554, 1, 232-5*.
- Aaron, L., Saadoun, D., Calatroni, I., Launay, O., Memain, N., et al. (2004). Tuberculosis in HIV-Infected Patients: a Comprehensive Review. *Clin Microbiol Infect, 10, 388–398*.
- B Samb, D., Henze, C. L. (1997). Daley Methods for Diagnosing Tuberculosis among in-Patients. *Int J Tuberc Lung Dis, 1, 25-30*.
- Cain, K. P., McCarthy, K. D., Heilig, C. M., et al. (2010). An Algorithm for Tuberculosis Screening and Diagnosis in People with HIV. *The New England Journal of Medicine, 362(8), 707-16*.
- Getahun, H., Gunneberg, C., Granich, R., Nunn, P. (2010). HIV Infection-Associated Tuberculosis: the Epidemiology and the Response. *Clin Infect Dis, 50(Suppl 3), S201–S207*.
- Lillebaek, T., Dirksen, A., Vynnycky, E., Baess, I., Thomsen, V. O., et al. (2003). Stability of DNA Patterns and Evidence of Mycobacterium Tuberculosis Reactivation Occurring Decades After the Initial Infection. *J Infect Dis, 188, 1032–1039*.
- Monkongdee, P., McCarthy, K. D., Cain, K. P., et al. (2009). Yield of Acid-Fast Smear and Mycobacterial Culture for Tuberculosis Diagnosis in People with Human Immunodeficiency Virus. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 180(9), 903–8*.
- Richard James, Keovathanak Khim, Lydia Boudarene, Joanne Yoong, Chea Phalla, et al. (2017). Tuberculosis Active Case Finding in Cambodia: a Pragmatic, Cost-Effectiveness Comparison of Three Implementation Models. *BMC Infectious Diseases, 17, 580*.
- WHO. (2019). *Global Tuberculosis Report 2019*. [online] [cited 2019 Oct 5]. Available from: [https://www.who.int/tb/publications/global\\_report/tb19\\_Report\\_country\\_profiles\\_15October2019.pdf?ua=1](https://www.who.int/tb/publications/global_report/tb19_Report_country_profiles_15October2019.pdf?ua=1)

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลวังม่วง  
อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

The Dengue Fever Prevention and Control Operation of Public Health  
Volunteers Wang Muang Sub-district, Pueai Noi District, Khon Kaen Province

สุทธิ พลรักษา\*

Suttee Phonruksa\*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น\*

Wungmoung Health Promotion Hospital, Puainoi District, Khonkaen Province\*

(Received: November 10, 2020; Revised: April 30, 2021; Accepted: April 30, 2021)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่นจำนวน 94 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR20 เท่ากับ .76 และได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมพันธ์ของเพียร์สันผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.40) การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 84.14)

2. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือขาดความร่วมมือจากประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคเครื่องพ่นหมอกควันชำระตู้บ่อขยะ ทราয়กำจัดลูกน้ำ

3. ระดับความรู้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.502$ ,  $p\text{-value}<0.05$ )

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ ควรมีการให้ความรู้ และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอ รวมทั้งมีการบูรณาการกับการมีส่วนร่วมและเข้ากับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

**คำสำคัญ:** การป้องกันและควบคุม, โรคไข้เลือดออก

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Phon7873@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 098-2172594)

## Abstract

This descriptive research aimed: 1) to examine public health volunteers' knowledge, performance and obstacles in dengue fever prevention and control; and 2) to determine relationship between their knowledge and the performance on dengue fever prevention and control. Ninety-four public health volunteers in Wang Muang Sub-district, Pueai Noi District, Khon Kaen Province were randomly recruited. Questionnaires, with Kuder-Richardson (KR) Reliability at 0.76 and Cronbach's alpha at 0.77, were used for data collection. Data were analyzed by using descriptive statistics: percentage, and analytical statistics: Pearson's correlation coefficient. The results revealed that

1. The majority of public health volunteers (84.14%) held moderate level of knowledge on dengue prevention and control.
2. Three main obstacles to prevent and control dengue fever were lack of collaboration from community members, frequently broken fogging machine, and shortage of larvicides.
3. Respondents' knowledge level was significantly associated with the performance on dengue fever prevention and control ( $r = 0.502$ ,  $p$ -value  $< 0.05$ ).

Therefore, to effectively prevent and control dengue fever, public health volunteers should be well educated. Materials for dengue fever prevention and control including fogging machine and larvicides should be enough provided. Also, building community collaboration and integrating this dengue fever prevention and control program with other health promotion program is needed.

**Keywords:** Prevention and Control, Dengue Fever

## บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 60 ปี โดยในปี พ.ศ. 2530 มีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในประเทศไทยจำนวน 174,285 ราย เสียชีวิต 1,007 ราย ซึ่งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน พบว่า มีรูปแบบการระบาดที่ไม่แน่นอน คือมีลักษณะเป็นแบบปีเว้นปี หรือ ปีเว้นสองปี โดยพบการระบาดใหญ่ในปี 2553, 2556 และ 2558 มีผู้ป่วยมากถึง 116,947, 154,444 และ 144,952 รายตามลำดับ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี 2562 พบว่ามีการระบาดต่อเนื่องมาตั้งแต่ปลายปี 2561 โดยมีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี และสูงกว่าปี 2561 ในช่วงเวลาเดียวกัน ถึง 2 เท่า จากการคาดการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีผู้ป่วย 3,151 คน และอำเภอเปือยน้อยเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงปานกลางที่จะมีแนวโน้มเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก (กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2563) โดยพื้นที่ตำบลวังม่วง ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2563 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 24, 12, 15, 10, 15 และ 35 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 328.14, 164.00, 205.00, 136.72, 205.00 และ 478.50 ตามลำดับ (กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังม่วง, 2563) ซึ่งมีอัตราป่วยที่สูงมากและพบว่าสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้นยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ที่ผ่านมามีตำบลวังม่วง ได้ดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ทุกปี แต่จากผลการดำเนินงานยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์กล่าวคือยังคงมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันและ

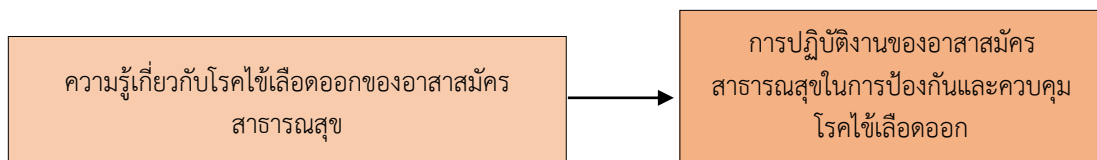
ควบคุมโรคไข้เลือดออกขึ้นเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขมีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคในชุมชน และโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการแก้ไข ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากเป็นแกนนำด้านสุขภาพในชุมชน พร้อมแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และดำเนินการเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และการระบาดของโรค (คู่มือ อสม. ยุคใหม่, 2558)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลวังม่วง อำเภอเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 8 หมู่บ้าน มีอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด จำนวน 122 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลวังม่วง อำเภอเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 8 หมู่บ้าน มีอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด จำนวน 94 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทราโรว์ ยามาเน่ ใช้วิธีการสุ่มแบบจับฉลากโดยไม่แทนที่

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ที่ได้รับต่อเดือนของครอบครัว ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่สร้างขึ้นเอง มีจำนวน 18 ข้อเป็นแบบเลือกตอบ มี 2 ตัวเลือกได้แก่ ถูกและผิด ในการแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของบลูม (Bloom, 1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 16 – 18 คะแนน หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง
- 12 – 15 คะแนน หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
- 0 – 11 คะแนน หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่สร้างขึ้นเองจำนวน 24 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบได้แก่ ประจํา บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ในการแปลผลคะแนนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของบลูม (Bloom, 1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 62 – 72 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง
- 43 – 61 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง
- 0 – 42 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นแบบสอบถามปลายเปิดเพื่อแสดงความคิดเห็นจำนวน 1 ข้อ

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นโดยเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.66-1.00 โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลขามป้อม ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คนหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร คูเคอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) โดยข้อคำถามในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ในส่วนของการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ค่าความเที่ยงตรงแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.77

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถาม จำนวนทั้งหมด 94 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma&Jurs, 2009) ดังนี้

- ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
- ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
- ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41 -0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
- ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 -0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง
- ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากรที่เข้าร่วมโครงการ โดยยึดหลัก 3 ประการคือ หลักความเคารพในตัวบุคคล (Respect for Person) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม (Justice)

โดยคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การให้คำยินยอมโดยกลุ่มประชากรที่เข้าร่วมโครงการต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข (n=94)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	35	37.23
หญิง	59	62.67
<b>อายุ (ปี)</b>		
30 – 40	3	3.19
41 – 50	36	38.30
51 – 60	40	42.55
60 ปีขึ้นไป	15	15.96
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	80	85.10
หม้าย	14	14.89
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	45	47.87
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	19.15
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	30	31.91
อนุปริญญา/ปวส.	1	1.06
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรกรรม	82	87.23
รับจ้าง	12	12.77
<b>รายได้ต่อเดือนของครอบครัว</b>		
พอใช้ไม่มีเก็บ	35	37.23
พอใช้เหลือเก็บ	7	7.45
ไม่พอใช้ไม่เป็นหนี้	5	5.31
ไม่พอใช้เป็นหนี้	47	50
<b>ระยะเวลาการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุข (ปี)</b>		
1-5	28	29.79
6-10	20	21.28
11-15	5	5.32
16-20	25	26.60
21-25	4	4.26
มากกว่า 25 ปี	12	12.77
<b>จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ (หลัง)</b>		
8	3	3.19

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
9	7	7.45
10	30	31.91
11	20	21.28
12	15	15.96
13	12	12.77
มากกว่า 13 หลังขึ้นไป	7	7.45

จากตาราง 1 ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.67 มีอายุระหว่าง 51 -60 ปี ร้อยละ 42.55 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 85.10 ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 47.87 ประกอบอาชีพหลัก เกษตรกรรม ร้อยละ 87.23 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวไม่พอใช้เป็นหนี้ ร้อยละ 50 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 29.79 และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 10 หลังคาเรือน ร้อยละ 31.91

## 2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

ตาราง 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (n = 94)

ความรู้	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคไข้เลือดออกเกิดจากยุงชนิดใด	94	100.00	0.00	0.00
2. ยุงที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกชอบวางไข่ในที่ใด	86	91.48	8	8.51
3. ยุงที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกชอบอาศัยอยู่ที่ใด	80	85.11	14	14.89
4. โรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นได้ทุกฤดูแต่ฤดูที่พบการป่วยมาก และมีการระบาดคือฤดูใด	81	86.17	13	13.83
5. ผู้ป่วยที่มีอาการต่อไปนี้ข้อใดเป็นอาการของโรคไข้เลือดออก	87	92.55	7	7.44
6. ผู้ที่สงสัยเป็นโรคไข้เลือดออกห้ามรับประทานยาอะไร	70	74.47	24	25.53
7. การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออกควรทำอย่างไร	66	70.21	28	29.79
8. ท่านสามารถช่วยกันป้องกันและควบคุมพาหะนำโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกิดได้อย่างไร	75	79.79	19	20.21
9. การควบคุมลูกน้ำยุงที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกในบ้าน และในชุมชนของท่านควรเป็นหน้าที่ของใคร	61	64.89	33	35.11
10. หากมีหรือสงสัยว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นในเขตรับผิดชอบท่านจะดำเนินการอย่างไร	85	90.43	9	9.57
11. ทราয়กำจัดลูกน้ำเมื่อใส่ลงไปใ้ในภาชนะที่เก็บน้ำแล้วจะมีฤทธิ์ในการฆ่าลูกน้ำได้นานเท่าใด	39	41.49	55	58.51
12. วิธีการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในภาชนะเก็บน้ำที่ถูกต้อง เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดคือ	40	42.55	54	57.45
13. ถ้าจะป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกในอ่างล้างส้วมในห้องน้ำจะอย่างไร	68	72.34	26	27.66



ตาราง 2 (ต่อ)

ความรู้	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14. วัสดุในข้อใดเป็นที่อาศัยของพาหะนำโรคไข้เลือดออก	83	88.30	11	11.70
15. วิธีการใดที่กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ดีที่สุด	36	38.30	58	61.70
16. ยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกตัวเต็มวัยมีอายุเฉลี่ยประมาณกี่วัน	25	26.60	69	73.40
17. การกำจัดยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกควรกำจัดในระยยะใดง่ายและสะดวกที่สุด	88	93.62	6	6.38
18. การสำรวจ ทำลายแหล่งพันธุ์พาหะนำโรคไข้เลือดออก ควรทำบ่อยเท่าใด	90	95.74	4	4.26

ตาราง 3 ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (n = 94)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
สูง ( $\geq 16$ คะแนน)	16	17.02
ปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	69	73.40
ต่ำ ( $\leq 11$ คะแนน)	9	9.57

จากตาราง 2 อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกถูกต้องมากที่สุดคือ โรคไข้เลือดออกเกิดจากยุงชนิดใดร้อยละ 100 รองลงมาคือการสำรวจทำลายแหล่งพันธุ์พาหะนำโรคไข้เลือดออกควรทำบ่อยเท่าใด ร้อยละ 95.74 และการกำจัดยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกควรกำจัดพาหะนำโรคในระยะใดง่ายและสะดวกที่สุด ร้อยละ 93.62 ตามลำดับ ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่ถูกต้องมากที่สุดคือยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกตัวเต็มวัยมีอายุเฉลี่ยประมาณกี่วัน ร้อยละ 73.40 รองลงมาคือวิธีการใดกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ดีที่สุด ร้อยละ 61.70 และทรายกำจัดลูกน้ำเมื่อใส่ลงไปในภาชนะที่เก็บน้ำแล้วจะมีฤทธิ์ในการฆ่าลูกน้ำได้นานเท่าใด ร้อยละ 57.45 ตามลำดับ ทั้งนี้ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.40 รองลงมาคือมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 17.02 และมีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 9.57 (ตาราง 3)

3. การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตาราง 4 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (n = 94)

กิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)			M	SD
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ		
<b>การปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก</b>					
1. หมู่บ้านท่านมีการจัดทำแผนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	44(46.81)	40(42.55)	10(10.64)	2.16	0.71
2. ท่านได้ดำเนินงานตามแผน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน	35(37.23)	46(48.94)	13(13.83)	2.12	0.68

ตาราง 4 (ต่อ)

กิจกรรม	ประจำ	จำนวน (ร้อยละ)		M	SD
		บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ		
3. ท่านได้ประชาสัมพันธ์ให้ครัวเรือนที่ รับผิดชอบ ร่วมกันกำจัดลูกน้ำยุงที่เป็นพาหะ ของโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนของตนเอง	48(51.06)	46(48.94)	0(0)	2.50	0.50
4. ท่านและครัวเรือนที่รับผิดชอบร่วมกัน ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่เป็นพาหะของโรค ไข้เลือดออกทุกสัปดาห์	35(37.23)	59(62.77)	0(0)	2.46	0.48
5. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่จัดขึ้นในหมู่บ้าน อย่างสม่ำเสมอ	42(44.68)	52(55.32)	0(0)	2.44	0.50
6. ท่านได้ปล่อยหรือแจกจ่ายปลากินลูกน้ำให้ ครัวเรือนที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ	45(47.87)	42(44.68)	7(7.44)	2.21	0.63
7. ท่านได้ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำในภาชนะกัก เก็บน้ำแก่ครัวเรือนที่รับผิดชอบอย่าง สม่ำเสมอ	35(37.23)	50(53.19)	9(9.57)	2.18	0.64
8. ท่านได้เปลี่ยนถ่ายน้ำไว้ในบ้านตนเองและ แนะนำครัวเรือนที่รับผิดชอบเปลี่ยนถ่ายน้ำใช้ ทุกสัปดาห์	25(26.60)	60(63.83)	9(9.57)	2.15	0.60
9. ท่านและครัวเรือนที่รับผิดชอบได้จัดบ้าน ให้สะอาด ปลอดภัย เพื่อไม่ให้เป็นที่หลบ ซ่อนของยุง	32(34.04)	62(65.96)	0(0)	2.36	0.47
10. ท่านมีการประสานงานเกี่ยวกับการดำเนิน งานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับ ผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน(กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน, ส.อบต)	25(26.60)	69(73.40)	1(1.06)	2.36	0.47
11. ท่านมีการประสานงานเกี่ยวกับการ ดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค ไข้เลือดออกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	80(85.11)	14(14.89)	0(0)	2.88	0.34
12. ท่านมีการประสานงานเกี่ยวกับการ ดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค ไข้เลือดออกกับทางโรงเรียน	22(23.40)	59(62.77)	13(13.83)	2.10	0.63
13. เมื่อท่านทราบว่าผู้ป่วยในหมู่บ้านท่าน จะแจ้งให้ประชาชนทราบเสมอ	26(27.55)	50(53.19)	18(19.15)	2.15	0.65
14. ท่านได้สำรวจลูกน้ำในครัวเรือนที่ รับผิดชอบเป็นประจำทุกสัปดาห์	60(63.83)	33(35.11)	1(1.06)	2.66	0.45
15. ท่านได้มีการแจ้ง ผลการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทุกเดือน	16(17.02)	51(54.25)	27(28.72)	1.92	0.64

ตาราง 4 (ต่อ)

กิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ) ของการปฏิบัติ			$\bar{x}$	SD
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ		
<b>การปฏิบัติงาน กรณีโรคไข้เลือดออกระบาด</b>					
16. ประกาศเตือนประชาชนให้ทราบว่า มีโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน	45(47.87)	48(51.06)	1(1.03)	2.52	0.57
17. แนะนำประชาชน ให้รู้จักวิธีการป้องกันตนเองและครอบครัว ไม่ให้ยุงกัด	52(55.32)	42(44.68)	0(0)	2.67	0.44
18. ให้ความรู้และวิธีปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วย หรือสงสัยว่าป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก	41(43.62)	53(56.38)	0(0)	2.54	0.52
19. ฉีดสเปรย์กำจัดยุงตัวเต็มวัยในบ้านผู้ป่วย ภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากได้รับแจ้ง	33(35.11)	60(63.83)	1(1.06)	2.34	0.50
20. สำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกในรัศมี 100 เมตร ของบ้านผู้ป่วยและจุดที่สงสัยเป็นแหล่งโรคให้ค่า HI=0	32(34.04)	61(64.89)	1(1.06)	2.33	0.49
21. พ่นสารเคมีในรัศมีอย่างน้อย 100 เมตร ของบ้านผู้ป่วย และจุดที่สงสัยเป็นแหล่งโรค	42(44.68)	50(53.19)	2(2.13)	2.44	0.57
22. ทำประชาคม เพื่อชี้แจงสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พร้อมทั้งกำหนดมาตรการร่วมกันในหมู่บ้าน	48(51.06)	40(42.55)	6(6.38)	2.17	0.56
23. ติดตามการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านและหมู่บ้านใกล้เคียง	50(53.19)	43(45.74)	1(1.06)	2.58	0.54
24. รายงานโรคไข้เลือดออกทั้งรายที่สงสัยและที่ได้รับการยืนยันให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบทันที	78(82.98)	15(15.96)	1(1.06)	2.75	0.46

ตาราง 5 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (n=94)

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
สูง ( $\geq 62$ คะแนน)	15	15.96
ปานกลาง (43– 61คะแนน)	79	84.14
ต่ำ ( $\leq 42$ คะแนน)	0	0

จากตาราง 4 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นประจำมากที่สุดคือ มีการประสานงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 85.11 รองลงมา รายงานโรคไข้เลือดออกทั้งรายที่สงสัยและที่ได้รับการยืนยันให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบทันที ร้อยละ 82.98 และได้สำรวจลูกน้ำในครัวเรือนที่รับผิดชอบเป็นประจำทุกสัปดาห์ ร้อยละ 63.83 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นบางครั้งมากที่สุดคือ ท่านมีการประสานงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน, ส.อบต) ร้อยละ 73.40 รองลงมา ท่านและครัวเรือนที่รับผิดชอบได้จัดบ้านให้สะอาด ปลอดภัย เพื่อไม่ให้เป็นที่หลบซ่อนของยุง ร้อยละ 65.96 และสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกในรัศมี 100 เมตร ของบ้านผู้ป่วยและ จุดที่สงสัยเป็นแหล่งโรคให้ค่า HI = 0 ร้อยละ 64.89 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรค

ใช้เลือดออกเป็นไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือ ท่านได้มีการแจ้ง ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทุกเดือนร้อยละ 28.72 รองลงมา เมื่อท่านทราบว่า มีผู้ป่วยในหมู่บ้านท่านจะแจ้งให้ประชาชนทราบเสมอ ร้อยละ 19.15 และท่านได้ดำเนินงานตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้านและท่านมีการประสานงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกกับทางโรงเรียนเท่ากันร้อยละ 13.83 ตามลำดับทั้งนี้ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.14 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 15.96 และระดับต่ำ ร้อยละ 0 (ตาราง 5)

4. ปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

4.1 ขาดความร่วมมือจากประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเช่น ไม่ช่วยรักษาความสะอาด ไม่ช่วยรักษาปลาที่ปล่อยไว้ รอให้อาสาสมัครสาธารณสุขมาทำให้อย่างเดียว และบางหลังคาเรือนไม่ให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าบ้าน

4.2 อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้ในการพ่นหมอกควันที่ถูกต้อง และเครื่องพ่นหมอกควันชำรุดบ่อย ใช้งานไม่ได้

4.3 ขาดทรายกำจัดลูกน้ำในการนำไปใส่ในภาชนะเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

**ตาราง 6** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและ

ตัวแปร	การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)
ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข	.502*

*p-value*<0.05

จากตาราง 6 พบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.502$ ,  $p\text{-value}<0.05$ )

### อภิปรายผล

อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลวังม่วงมีระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทือง ฉำน้อย (2558) ศึกษาในระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษา:อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชรรวมทั้งผลการศึกษาของ จำลอง แววกระโทก สำเร็จ แหียงกระโทก และ ชูภาศิริ อภินันท์เดชา (2559) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ บทบาทของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งแดง อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องไข้เลือดออกไม่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมาจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงานจึงไม่มีเวลาเข้ารับการอบรมฟื้นฟูตามที่หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจัดขึ้น ข้อคำถามที่อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลวังม่วง ตอบถูกมากที่สุด คือโรคไข้เลือดออกเกิดจากยุงชนิดใดการสำรวจทำลายแหล่งพันธุ์พาหะนำโรคไข้เลือดออกควรทำบ่อยเท่าใด และการกำจัดยุงพาหะนำโรคไข้เลือด ควรกำจัดในระยะใดง่ายและสะดวกที่สุดเนื่องจากได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างแพร่หลาย ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ตรวมทั้งเอกสาร

เผยแพร่ต่าง ๆ แต่มีความรู้ค่อนข้างน้อย ในเรื่องยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกตัวเต็มวัยมีอายุเฉลี่ยประมาณกี่วัน วิธีการใดที่กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนได้ดีที่สุด และทรายกำจัดลูกน้ำเมื่อใส่ลงไปในาชชนะที่เก็บน้ำแล้วจะมีฤทธิ์ในการฆ่าลูกน้ำได้นานเท่าใดทั้งนี้เพราะว่าการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขนั้นไม่ได้ลงลึกในรายละเอียด และอาจมาจากการขาดการเพิ่มพูนทักษะด้านความรู้ ขาดการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งอื่น จึงจำเป็นต้องเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโดยการอบรมและฝึกปฏิบัติเพื่อให้มีความรู้และเกิดทักษะเพิ่มขึ้น

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นประจำมากที่สุดคือ มีการประสานงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายงานโรคไข้เลือดออกทั้งรายที่สงสัยและที่ได้รับการยืนยันให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบทันที และได้สำรวจลูกน้ำในครัวเรือนที่รับผิดชอบเป็นประจำทุกสัปดาห์อาจเนื่องจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำและกำกับให้รายงานเมื่อเกิดโรคอยู่แล้วและอาสาสมัครสาธารณสุขต้องส่งรายงานการสำรวจลูกน้ำเป็นประจำทุกเดือนเพราะเป็นบทบาทหรือข้อกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติอยู่แล้วสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤพล ปัญญา (2557) ที่ได้ศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน แต่การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกน้อยคือการแจ้งผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทุกเดือน หมู่บ้านท่านมีการจัดทำแผนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและได้ดำเนินงานตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหมู่บ้าน มีการประสานงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับทางโรงเรียน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การจัดทำแผนและการประสานงานส่วนใหญ่จะให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดความร่วมมือจากประชาชน วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย เครื่องพ่นหมอกควันซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติงาน แต่แตกต่างกับการศึกษาของ อติเทพ จินดา (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงาที่พบว่า การปฏิบัติโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทั้งนี้อาจเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานสาธารณสุข รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะให้ความสำคัญในการควบคุมและป้องกันไข้เลือดออกโดยจะสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมและป้องกันไข้เลือดออก อย่างเต็มที่ เช่น ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย การพ่นหมอกควัน หน้ากากอนามัย และถุงมือ ซึ่งเป็นวัสดุอุปกรณ์ที่ จำเป็นที่จะให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่าง สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤพล ปัญญา (2557) ได้ศึกษาการดำเนินงานป้องกันควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนจึงควรมีการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจให้มากขึ้นเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ที่มีความรู้ที่ถูกต้อง และสามารถนำไปถ่ายทอดให้แก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ และเพื่อให้การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ผลมากยิ่งขึ้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

2. ในการพัฒนาและเสริมสร้างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเชิงบริบทพื้นที่ โดยการบูรณาการกิจกรรมการมีส่วนร่วมและการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชน เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขว่ารูปแบบใดมีความเหมาะสมและจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขรับความรู้ได้อย่างถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้การดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืนโดยพลังของชุมชน

### References

- กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค. (2563). *รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2563*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2563 จาก <https://ddc.moph.go.th/thaivbd/>
- กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรค. (2563). *ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 2563*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น.
- คู่มือ อสม. ยุคใหม่. (2558). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- จำลอง แวกระโทก, สำเร็จ แหียงกระโทก และชุกาศิรี อภินันท์เดชา. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งแดง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครราชสีมา*. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2: บูรณาการ งานวิจัย ใช้อองค์ความรู้ สู่วิชาการที่ยั่งยืน, 17 มิถุนายน 2559. นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา.
- นฤพล ปัญญา. (2557). *การดำเนินงานป้องกันควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลบงต้น อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่*. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- ประเทือง ฉำน้อย. (2558). *การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข. กรณีศึกษา: อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*.
- อติเทพ จินดา. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในจังหวัดพังงาวารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 31(3), 555-568*.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mcgraw-Hill.
- Wiersma, W., & G. Jurs, S. (2009). *Research Method in Education an Introduction*. (9<sup>th</sup> ed). Massachusetts: Pearson.

## คำแนะนำการส่งบทความ

### คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสารเพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอ ดังนี้

### ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสองปีแรก ปี พ.ศ. 2562-2563 ฟรี)
  - สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
  - บุคคลอื่น ๆ หรือไม่ได้เป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ตีพิมพ์ เรื่องละ 3,000 บาท
  - กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชนหรือเคยเป็นกรรมการสภาฯ ไม่เสียค่าตีพิมพ์

### การเตรียมต้นฉบับ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
  - 8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)
    - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- รายการอ้างอิง

#### 8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

#### 9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)



- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5<sup>th</sup> Edition

### การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

### การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน” โดยส่งบทความผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index> และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: [The.JCCPH@gmail.com](mailto:The.JCCPH@gmail.com) ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ...(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

### สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสาร สภาการสาธารณสุขชุมชน  
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน  
(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ - นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

ศาสตราจารย์  รองศาสตราจารย์  ผู้ช่วยศาสตราจารย์  อาจารย์

นักวิชาการสาธารณสุข  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

.....

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail .....

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ.....

.....

.....

.....

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่  สถานที่ระบุข้างต้น  ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail .....

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail ..... มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000


โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

e-mail address: The.JCCPH@gmail.com



03

 www.ccph.or.th

 ccph.th.org

 @ccph.or.th

 02-591-9186



วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน  
**JCCPH**  
JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

## สภาการสาธารณสุขชุมชน

อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>